

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

DI

Fon

MM.  
C

F. SUA

ETIE  
VACHRE  
LIGHTW

SÉ  
et RUT

Ch

KIRS  
T. HEID  
LAT

SAJ  
SÉCR

P

LETUL  
NIMIE  
COYNE

DUI

# ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE, DU LARYNX DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE

PUBLIÉES PAR

**A. GOUGUENHEIM ET M. LERMOYEZ**

Médecin de l'hôpital Lariboisière

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Avec la collaboration de

MM. les D<sup>rs</sup> AYSAGUER, BONNIER, BOULAY, CABOCHÉ, CASTEX, H. CHATELLIER,  
C. CHAUVÉAU, COURTADE, CUVILLIER, EGGER, GELLÉ, GLOVER, LAURENS,  
LÖWENBERG, LOMBARD, MAHU, A. MARTIN, J. B. MARTY, MOUNIER,  
F. SUAREZ DE MENDOZA (Paris), LANNOIS et COLLET, agrégés de la Faculté et mé-  
decins des hôpitaux de Lyon, GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.  
ETIÉVANT, chef de clinique à la Faculté de Lyon, PIAGET (Grenoble)  
VACHER (Orléans), COUETOUX, TEXIER (Nantes), RIPAUT (Dijon), LEMARIEY (Rouen),  
LICHTWITZ (Bordeaux), GRINER, LENHARDT (le Havre), HAMON DU FOUGERAY (le Mans),  
BAR (Nice), RAUGÉ (Challes), AIGRE (Boulogne-sur-Mer),  
SÉNAG-LAGRANGE (Cauterets), CAPART, LAURENT (Bruxelles), SCHIFFERS  
et RUTTEN (Liège), DE PONTIÈRE (Charleroi), P. KOCH (Luxembourg et Nancy),  
SZENES, NEUMAN (Budapest), ZAUFAL (Prague), POLITZER, SCHRÖTTER,  
CHIARI, HAJER (Vienne), JACOBSON, LUBLINSKI, F. PELTESOHN, E. MEYER,  
KIRSTEIN (Berlin), LANGE (Copenhague), OUSPENSKI (Moscou), T. HERYNG,  
T. HEIMAN (Varsovie), E. WOAKES, LENNOX BROWNE, ST-CLAIR THOMSON (Londres),  
LABUS (Milan), GRADENIGO (Turin), STRAZZA (Gênes), COZZOLINO (Naples),  
FENOGLIO (Cagliari), D'AGUANNO (Palerme), SOLIS-COHEN, RANDALL,  
SAJOUS (Philadelphie), CL. J. BLAKE (Boston), BRYSON-DELANEY (New-York),  
SÉCRÉTAN (Lausanne), C. M. DESVERNINE (la Havane), A. J. BEEHAG (Sidney)

Et avec le concours de

MM. les Professeurs DUPLAY, TILLAUX, TERRIER, BERGER et POZZI  
D<sup>rs</sup> PÉRIER, LABBÉ, HUMBERT, RICHELOT, RECLUS, BROCA,  
PICQUÉ, SÉBILÉAU et GUINARD, chirurgiens des hôpitaux de Paris,  
Professeurs FOURNIER, GRANCHER, PROUST,  
D<sup>rs</sup> DESCROIZILLES, SEVESTRE, HALLOPEAU, HUCHARD,  
LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER, BARTH,  
LETULLE, CHAUFFARD, NETTER, LAUNOIS et LE NOIR, méd. des hôpitaux de Paris,  
NIMIER, agrégé au Val-de-Grâce, J. TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon,  
COYNE et MASSE, professeurs à la Faculté de Bordeaux, D<sup>rs</sup> LEVAL, HIRSCHMANN,  
R. LEUDET, PLOQUE, P. TISSIER, REBLAUB, HÉLARY, RÉGNIER,  
DUDEFOY, GASTOU, MICHEL DANSAC, DRUAULT et M<sup>me</sup> NAGEOTTE, ex-internes  
des hôp. de Paris.

**TOME XXVII — 1901**

PREMIÈRE PARTIE

**PARIS**

**MASSON & C<sup>e</sup>, ÉDITEURS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI.

1901

THE HISTORY OF THE  
CITY OF NEW YORK  
FROM THE FIRST SETTLEMENT  
TO THE PRESENT TIME  
BY JOHN B. HOGGINS  
IN TWO VOLUMES  
VOL. I.

NEW YORK: PUBLISHED BY J. B. HOGGINS, 101 NASSAU ST.  
1854.

NY



ANNALES  
DES MALADIES DE  
**L'OREILLE, DU LARYNX**  
DU NEZ ET DU PHARYNX

---

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE POUR CORPS ÉTRANGER  
DE L'ŒSOPHAGE

Par **Pierre SEBILEAU** et **E. LOMBARD**

Nous avons pratiqué récemment à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Gouguenheim, sur une enfant de 3 ans, une œsophagotomie externe de quelque intérêt.

Cet enfant avait avalé, vingt-cinq jours avant l'opération, une pièce d'un sou.

Le corps étranger, qui s'était fixé dans l'œsophage, déterminait peu de troubles : fonctionnellement, l'enfant souffrait peu et la déglutition des aliments mous se faisait sans gêne apparente ; objectivement, les signes étaient presque nuls : la pression profonde de la base du cou provoquait seulement un peu de réaction douloureuse. La température était normale.

La radiographie démontra la présence du corps étranger et nous documenta sur sa topographie. Celui-ci apparut nettement, sur une épreuve exécutée par M. Dagincourt, placé de face, au droit du disque qui sépare la dernière vertèbre cervicale pourvue, dans le cas particulier, d'un costoïde rudimentaire, de la première

dorsale, la tangente supérieure rasant le bord inférieur de la sixième cervicale, et la tangente inférieure passant par le bord supérieur de la deuxième dorsale.

L'extraction par les voies naturelles ne nous parut pas de mise : il y avait des chances pour que les parois de l'œsophage fussent sérieusement altérées après vingt-cinq jours de présence, dans le conduit, d'un corps étranger qui avait dû exercer sur elles une pression latérale assez intense.

Nous pratiquâmes donc l'œsophagotomie externe.

L'incision fut faite aussi bas que possible et toute l'opération se déroula au-dessous de l'écharpe omo-hyoidienne.

D'une manière générale, on simplifie toujours l'œsophagotomie externe en la pratiquant à la base du cou ; dans le cas particulier, nous trouvions à cela, en dehors des avantages opératoires communs, celui de nous rapprocher du corps étranger qui affleurait la fourchette sternale.

Le lobe thyroïdien ne nous gêna d'aucune manière, placé qu'il était au-dessus de notre champ d'investigations.

Ni l'artère thyroïdienne inférieure, ni cette veine thyroïdienne anormale qu'on voit, dans certains cas, se détacher du lobe thyroïdien pour déboucher dans la jugulaire interne n'apparurent ; l'opération fut tout à fait exsangue.

Deux difficultés, pourtant, se présentèrent qui, si l'opération n'avait pas été conduite très prudemment, auraient pu avoir de sérieuses conséquences : 1° des adhérences très solides, dont la sonde cannelée ne put triompher, s'étaient établies entre l'œsophage et la paroi de la carotide primitive. Ces adhérences, qui occupaient une étendue d'un centimètre, siégeaient un peu au dessus du corps étranger. Sans aucun doute, elles s'étaient établies entre les deux organes, là où avait porté, tout d'abord, le contact tangentiel du disque de métal : puis, celui-ci, poussé par le bol alimentaire et les contractions du canal, libéré, peut-être par l'amincissement des parois, avait pu accomplir une migration ultérieure de 2 centimètres environ ; 2° là où existaient les adhérences, les tuniques étaient très amincies, ré-

duites à la seule muqueuse, et confondues, sans qu'on pût retrouver aucun plan de clivage, avec le tissu conjonctif péri-œsophagien au milieu duquel s'étaient accomplies des lésions de défense qui, précisément, avaient englobé la carotide et l'avaient plaquée contre le tube alimentaire.

Ces adhérences carotidiennes furent d'ailleurs respectées ; pour les mieux éviter et pour ne pas inciser l'œsophage dans la zone conjonctive, malade, la ponction de celui-ci fut légèrement portée en avant et intéressa, en fait, la paroi antéro-latérale. Malgré cela, la suture fut, sur un point, difficile ; confondue avec les lésions de péri œsophagite, la paroi, très friable, se laissait dilacérer par le fil.

Le sou fut extrait sans peine à l'aide d'une pince hémostatique ordinaire ; sur une de ses faces, il portait les traces qu'y avait laissées la coulée alimentaire ; à cheval sur le bord supérieur du disque, une feuille oscillait, provenant sans doute des infusions « mal passées » qu'avait ingérées la petite malade.

Un drain de sûreté, extérieur à l'œsophage, fut placé dans l'angle inférieur de la plaie. Une sonde en caoutchouc rouge fut introduite dans l'estomac par les fosses nasales et fixée à l'aide du nez.

Et la petite patiente, à l'heure actuelle, va tout à fait bien. La réunion par première intention a été parfaite sur toute l'étendue de la plaie. La sonde a été retirée le sixième jour. L'alimentation s'opère normalement.

---

## L'AUDI-MUTITÉ

Par **M. LANNOIS**, agrégé, médecin des hôpitaux et **G. LÉVY**,  
ex-interne des hôpitaux de Lyon.

Lorsqu'on nous présente un enfant qui ne parle pas, notre impression pour ainsi dire réflexe est qu'il n'entend pas. De fait, dans l'immense majorité des cas, malgré les affirmations et les illusions des parents, nous n'avons pas de peine à nous convaincre qu'il s'agit de surdi-mutité.

Parfois cependant (trop rares en sont les cas !) les parents insistent et affirment que leur enfant entend. Sans élever la voix, placés derrière l'enfant, ils lui donnent un ordre, et à votre grand étonnement, l'enfant vient vous tendre la main, prend son chapeau, etc., exécute en un mot tous les ordres qui lui sont donnés. Il y a bien *mutité*, mais *pas surdité*.

Pour peu communs qu'ils soient, ces faits sont des plus intéressants en raison des problèmes médicaux, psychologiques et même sociologiques qu'ils soulèvent. Et tout d'abord comment faut-il considérer ces muets qui ne sont pas sourds, qui ne paraissent pas avoir de diminution de l'intelligence et qui, du reste, seront plus tard considérés comme normaux ? Faut-il admettre pour eux une sorte d'entité morbide nettement délimitée, comme l'a fait R. Coën (alalie idiopathique de R. Coën) ou ne voir dans cette mutité sans surdité qu'une forme légère d'arriération mentale ou même d'idiotie ? Si nous admettons l'existence de cette *audi-mutité*, comment comprendre que notre sujet, sans tare cérébrale, sans lésion des organes périphériques de la parole, ne pourra faire que tardivement la liaison entre le centre de l'audition et le centre de l'expression verbale, quand nous voyons cette relation s'établir si facile-

ment, si primordialement pourrait-on dire, chez tous les enfants ? Enfin n'y a-t-il pas des mesures à prendre pour hâter le développement de l'intelligence et de la parole chez ces enfants dont l'éducation ne peut se faire, au début, en même temps que celle des sujets normaux ?

Il y a là, on le voit, une série de questions importantes que nous n'avons d'ailleurs pas la prétention de résoudre dans cette note rapide, désireux que nous sommes d'appeler l'attention sur un sujet qui ne paraît avoir préoccupé jusqu'à ce jour qu'un nombre restreint d'observateurs.

HISTORIQUE <sup>(1)</sup>. — Si l'histoire de la mutité sans surdité ne commence vraiment qu'avec R. Coën (de Vienne), du moins peut-on trouver avant lui des allusions ou des faits qui semblent s'y rapporter.

Il y a d'abord une phase de grande incertitude. Peut-être peut-on en voir un cas dans le *Sauvage de l'Aveyron* qui a tant préoccupé Itard (1800 à 1807). Gall avait certainement en vue des cas de ce genre lorsqu'il écrivait (1819) : « Il y a des enfants de 2 à 11 ans et même 14 ans qui ne savent pas parler quoiqu'ils entendent bien et qu'ils ne soient pas idiots à beaucoup près au même degré que d'autres enfants qui parlent... Leur faiblesse intellectuelle est particulièrement relative à leur faculté de parler... Ils finissent par acquérir la faculté de parler et prendre rang parmi les personnes raisonnables... » Et il semble bien, d'après D. Bernard, que J. Frank et Hufeland (1838) aient mentionné des faits analogues à ceux de Gall.

Dans la deuxième phase, la question se précise davantage. Schmalz, en 1846, décrit la *Mutité sans surdité*. En 1863, paraît le cas de Benedikt. Léon Vaisse, à la Société d'anthropologie de Paris, en 1866, insiste sur une catégorie de muets à séparer des sourds et des idiots et les qualifie d'*aphasiques congénitaux*.

En 1876, dans un mémoire de Ladreit de Lacharrière (*Du retard du développement du langage et du mutisme chez*

<sup>(1)</sup> Pour des renseignements plus détaillés voir la thèse de l'un de nous : G. LÉVY. — *Les entendants-muets (atalie idiopathique de R. Coën)*, Thèse de Lyon, nov. 1900.

*l'enfant qui entend*), après une étude des variétés de mutisme : 1° par trouble de la santé générale ; 2° par lésions de l'appareil périphérique ; 3° par arrêt de développement de la parole ; 4° par lésion cérébrale, l'auteur pensait qu'il ne fallait pas se hâter de classer parmi les idiots les muets qui entendent. Küssmaul décrit des faits analogues dans son livre, *Die Sprachstörungen* (1877) sous le nom d'*aphasie congénitale*. On trouve une très courte mention dans le livre de Hammond (*Traité des maladies nerveuses*, 1879) et dans la thèse de D. Bernard (*De l'aphasie et de ses diverses formes*, 1885, Paris). En 1887, un cas d'aphasie congénitale est présenté à la Société d'anthropologie de Paris par Dally.

Mais c'est avec R. Coën, de Vienne, que de 1878 à 1895 la question se précise. En 1888, dans un travail intitulé : *Die Hörstummheit*, il en donne l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Depuis, l'affection est connue à l'étranger sous le nom d'*alalia idiopathique de Coën*. Après lui viennent les travaux très importants de H. Gutzmann (1891-1898), d'Oltuszewski (1892-1898), un opuscule de Weniger-Moritz (1893).

En Angleterre des cas analogues sont présentés sous le nom d'*idioglossie* par Hale White et Golding Bird.

Plus récemment Mielecke donne un bon résumé de la question en 1896. Lavrand (de Lille) fait une communication sur la *mutité chez les entendants* à la Société française d'otologie, rhinologie, laryngologie, en 1896. Enfin Sollier (*Psychologie de l'idiot*), M<sup>lle</sup> Béliandine (*Thèse de Paris*, 1897-1898), Heller, font de courtes allusions à la question qui nous occupe.

**DÉFINITION.** — De ces travaux résulterait que sous le nom d'*aphasie congénitale* (Küssmaul), d'*alalia idiopathica* ou de *Hörstummheit* (Coën), d'*aphasie congénitale fonctionnelle* (Oltuszewski), d'*idioglossie* et de *mutité sans surdité*, existerait une forme de mutisme caractérisé par les signes positifs ou négatifs suivants : 1° *apparence physique et psychique normale* ; 2° *audition intacte* ; 3° *organes périphériques de la parole normalement constitués* ; 4° *absence de paralysie ou d'atrophie du tronc et des membres*.

**SYMPTÔMES.** — Des observations publiées avec quelques détails au nombre de quarante-et-une, dont neuf nous sont personnelles, on peut tirer la description suivante : les parents vous amènent un enfant d'aspect physique normal, d'apparence intellectuelle intacte, qui n'a aucun trouble des organes périphériques de la parole, qui entend bien et qui comprend bien les ordres donnés verbalement. Cependant ou il ne parle pas ou il n'a pas un langage articulé en rapport avec son âge.

Tel est l'ensemble clinique, mais certains détails méritent qu'on s'y arrête :

1° *Aspect physique* : l'enfant est fort ou chétif.

2° *État intellectuel* : il révèle l'intégrité de l'intelligence ou la faiblesse psychique. Mais il est difficile de déterminer le degré d'intelligence d'un enfant normal, à plus forte raison d'un enfant muet. Les différents modes d'activité de l'intelligence n'ont pas encore été suffisamment précisés dans ces cas. La compréhension du langage articulé entendu persiste en général entière. Le caractère est habituellement docile et doux, il y a absence de salacité.

3° *Troubles de la parole* : le langage articulé est réduit à quelques monosyllabes ou est complètement absent ; il semble que pour quelques-uns la parole n'ait pas d'attrait. La mimique est intacte. Les autres modalités, lecture et écriture, n'ont pas encore été minutieusement étudiées. Il y a en même temps des troubles d'articulation pour les mots prononcés : lettre supprimée, lettre incompréhensible, hottentotisme, langage incompréhensible (idioglossie).

4° *Troubles moteurs* absents pour ce qui regarde les membres ou les organes de la parole.

5° *Organes des sens* intacts.

6° *Stigmates de dégénérescence* : dans certains cas quelques stigmates physiques ; les stigmates mentaux n'ont pas encore été étudiés d'une façon suffisante en raison de la difficulté de leur recherche.

**ETIOLOGIE.** — Les causes prédisposantes comme la cause efficiente sont mal connues. On a invoqué : 1° l'hérédité nerveuse (troubles mentaux dans la famille, etc.) ; 2° l'hérédité de

*troubles de la parole*, surtout du côté du père (Gutzmann); 3° *l'alcoolisme chez les parents ou chez les enfants en bas âge* (Coën); 4° *la consanguinité* (Coën); 5° *l'état physique des parents* (parents peu robustes); 6° *les émotions et les traumatismes pendant la grossesse* (Coën); 7° *les accouchements difficiles*, le forceps, l'asphyxie à la naissance, etc. (Gützmänn).

L'âge des sujets varie de 3 et demi à 12 ans avec un maximum de fréquence de 4 à 5 ans; le sexe masculin est le plus souvent frappé. Les sujets sont le plus habituellement vigoureux, rarement chétifs. Les uns ont présenté des affections aiguës antérieures (rougeole, scarlatine, etc.); les autres aucune affection. D'après H. Gutzmann, les enfants alaliques auraient souvent de grosses amygdales ou des adénoïdes.

Jusqu'à ce jour il est difficile de préciser la fréquence de l'alalie idiopathique par rapport à la surdi-mutité et aux autres formes de mutité sans surdité.

De l'étude de l'étiologie ressort :

1° L'incertitude sur les causes préparant l'alalie idiopathique;

2° Les faits un peu connus montrent que ce sont les mêmes facteurs que ceux invoqués pour la dégénérescence physique et mentale.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE.** — L'absence d'autopsies rend la pathogénie incertaine et hypothétique. Deux courants d'opinion se sont fait jour : 1° les uns, admettant l'intégrité intellectuelle, cherchent une explication dans un trouble fonctionnel ou une lésion anatomique du centre de Broca; 2° les autres, admettant qu'il s'agit d'une forme légère d'idiotie, l'expliquent aisément par une prédominance des lésions au niveau de la F<sup>3</sup> gauche. Parmi les premiers, les uns pensent avec Coën, Oltuszewski, Mielecke, qu'il s'agit d'un arrêt de développement ou d'un trouble fonctionnel du centre de Broca, ou seulement d'un défaut d'association entre le centre des images verbales auditives et verbales motrices, ou encore de ces deux troubles associés. Dans le même ordre d'idée, les autres parlent d'absence de désir de parler (H. Gutz-



mann), de manque de mémoire verbale motrice (Clémence Royer), etc. Certains cherchent dans une lésion unique de la F<sup>3</sup> (Vaïsse, Ladreit de Lacharrière), ou double des deux F<sup>3</sup> (Steffen, Ladame), la cause de cette agénésie du langage articulé.

La lésion de la seule circonvolution F<sup>3</sup> ne paraît pas suffisante à expliquer l'arrêt du langage. Elle a contre elle les faits anatomiques de sujets qui, avec une lésion de la F<sup>3</sup> datant de la naissance, n'ont jamais été muets (cas de Moreau de Tours), etc.; d'autre part, les hémiplégies infantiles gauches avec aphasie sont contre la spécialisation du centre de Broca dès la naissance, etc. Il est également difficile d'imaginer une lésion double isolée des deux F<sup>3</sup> gauche et droite, à moins d'admettre qu'il s'agit de cas frustes de maladie de Little, où la rigidité musculaire veut être cherchée et où la prédominance des lésions vers les F<sup>3</sup> donne les troubles de la parole. Ce qui reste à démontrer. Ces hypothèses ne sont donc pas exemptes d'objections.

Ceux qui nient l'existence de « l'alalie idiopathique », comme Heller et Hamon du Fougeray, en font une forme de très légère idiotie. Les cas inédits que M. Hamon du Fougeray a bien voulu communiquer à l'un de nous ne sont pas absolument concluants : il cite comme caractères d'idiotie, de l'agitation, du défaut d'attention, des colères. C'est peu, nous semble-t-il, pour conclure à l'idiotie même légère.

D'ailleurs cette hypothèse a contre elle un certain nombre de faits : on peut poser comme règle ordinaire que le mutisme et les troubles de la parole se rencontrent chez des idiots très marqués, tandis que les idiots légers, les arriérés, les imbéciles parlent au contraire beaucoup (Bourneville). Chez les premiers l'éducation du langage est difficile et lente (Voisin); leur éducation n'est jamais à ce point de vue que limitée (Küssmaul); le trouble de la parole est autant de réception que de transmission (Sollier). Or, nos sujets comprenaient parfaitement le langage articulé s'ils ne le pratiquaient pas. Enfin il est impossible d'éliminer tous les faits d'enfants alaliques non idiots rapportés par Coën, Mielecke, Gützmán, etc.

Tirer de tout ceci une conclusion ferme, nous semble jus-

qu'à présent impossible. Une étude plus minutieuse de faits plus longtemps suivis pourra seule trancher le différend. Notons seulement que de quatre malades dans ce cas, deux sont devenus des individus normaux (un de 18 ans de Lavrand, et un des nôtres de 22 ans), deux sont restés muets (un de 17 ans de Ladreit de Lacharrière et un de 54 ans de Castex). Aussi nous a-t-il semblé que jusqu'à nouvel ordre il fallait ranger sous le terme d'audi-mutité ou d'entendants-muets toute une série de cas :

1° Les cas de Coën avec absence de toute affection aiguë antérieure, avec intelligence intacte, intégrité des organes de la parole et guérison ultérieure complète : *alalie idiopathique*, trouble congénital dont la nature reste à déterminer ;

2° Les cas où une affection aiguë a précédé le développement de la parole, et où on peut se demander si une encéphalite ou une méningite guéries n'ont pas laissé des lésions insuffisantes pour donner de l'idiotie ou de l'épilepsie, mais assez étendues pour retarder le développement de l'intelligence et de la parole <sup>(1)</sup> ;

3° Les cas où l'éducation a été inutile et qui sont probablement les faits de légère idiotie, comme le pensent Heller et Hamon du Fougeray ;

4° Les cas où manque le désir de parler (Gützmann).

5° Les cas d'enfants sourds avant 6 ou 7 ans recouvrant l'audition et restant muets, cas admis par Hamon du Fougeray et dont une de nos observations peut être rapprochée ;

6° Les cas où des adénoïdes ou de grosses amygdales peuvent jouer un rôle par les troubles respiratoires et auditifs passagers qu'elles causent ou par le retentissement qu'elles ont sur le fonctionnement intellectuel de l'enfant.

Nous avons pensé, par ces divisions schématiques, répondre dans une certaine mesure à la complexité réelle des faits. En tout cas, il nous eût paru exagéré de trancher affirmativement en faveur de Coën ou de Heller. A notre avis, il peut donc exister une forme de mutité sans surdité de nature indétermi-

(1) Nous entendons parler d'enfants dont les facultés intellectuelles sont en retard dans leur développement mais n'offrent pas d'anomalie.

née, *alalie idiopathique*, mais le mutisme sans surdité peut aussi résulter de troubles physiques et psychiques divers, et même, dans certains cas, être la manifestation d'un certain degré d'arriération.

**DIAGNOSTIC.** — Lorsqu'un enfant vous est amené par les parents comme muet il faut rechercher s'il est sourd ou idiot ou s'il a des lésions des organes périphériques de la parole. Un examen rapide permettra d'éliminer facilement cette dernière cause (paralysie de la langue, macro-glossie (Paster et Heusinger), aphotongie (Panthel, Mossdorf, etc.), division congénitale du voile du palais (Ladreit de Lacharrière, etc.)

Plus difficile sera le diagnostic de surdi-mutité, car il y a des demi-sourds qui sont muets; la pseudo-surdité par défaut d'attention est également une cause d'erreur. Aussi y a-t-il dans les asiles de sourds-muets des enfants qui ont une audition suffisante pour être susceptibles d'apprendre le langage articulé par la voie normale. On a également une facile tendance à cataloguer tous les muets comme sourds.

Le diagnostic avec l'idiotie n'est à faire que pour savoir si les sujets rentrent dans la catégorie des idiots légers ou des enfants sains. En tout cas, nos sujets ne ressemblent en rien au demi-idiot entendant-muet dont l'observation a été publiée par Boyer dans les *Archives de neurologie* de 1897. Ce n'est que par une étude minutieuse des facultés intellectuelles et du caractère de ces sujets, etc., que la différenciation pourra s'effectuer. Quant à la distinction avec les aphasies vraies organiques ou fonctionnelles de l'enfance, avec la perte de parole après une longue maladie (West), etc., elles se feront aisément par les anamnèses.

**PRONOSTIC.** — **MARCHE.** — **DURÉE.** — **TERMINAISON.** — L'évolution a une durée des plus variables: elle dépend du degré d'intelligence, de mémoire, d'attention, d'imitation du sujet, du milieu où il vit, de l'éducation qu'on lui donne. C'est ordinairement progressivement qu'il récupère l'usage de la parole. Quelques faits de retour brusque sont des plus sujets à caution et peu en harmonie avec les connaissances du mécanisme du développement du langage à l'état normal.

Certains auteurs comme Coën, Gützmann, Oltuszewski, pensent que tous les cas sont curables et toujours curables. L'échec de certains faits doit rendre moins optimiste. Aussi pour ne pas s'exposer à des mécomptes, et pour ne pas décourager les parents par un pessimisme outré, faut-il se contenter de dire : votre enfant, ni sourd, ni nettement idiot, arrivera probablement à parler par un traitement approprié.

**TRAITEMENT.** — Tout d'abord il faudra s'adresser aux causes apparentes saisissables, par exemple la faiblesse physique qu'on traitera par les toniques et des moyens mécaniques variés. Les amygdales volumineuses et les adénoïdes seront soumise aux moyens habituels.

En l'absence de causes connues on utilisera un traitement très minutieusement et très longuement développé par Itard, Coën, Gützmann et qui peut se résumer ainsi : augmenter les acquisitions intellectuelles de l'enfant, lui apprendre à articuler des sons, des syllabes, des mots, lui enseigner à relier l'idée aux mots, mettre en jeu pour l'articulation le sens auditif et visuel. Il serait utile, pour que cette éducation pût se faire avec avantage, qu'il existât pour ces arriérés de la parole, ainsi que pour les autres arriérés, des classes spéciales à côté des écoles communales ordinaires.

### OBSERVATIONS (1)

**OBSERVATION I.** — O... (Pierre), 5 ans, petit garçon.

*Antécédents héréditaires.* — Père bien portant ; mère nerveuse, n'a jamais eu de crises. — Rien du côté des grands parents. — Un frère de la mère blême.

*Pas de consanguinité.* — Pas de troubles nerveux ou mentaux dans la famille.

*Ni syphilis ni éthylisme.* — Un frère, né à terme, âgé de 10 mois, bien portant.

(1) Nous renverrons au travail déjà cité pour les observations publiées par Benedikt, Waldenburg, Clarus, Broadbent, Ladreit de Lacharrière, Hartmann, Steffen, Daly, Hale White et Golding Bird, Taylor, Gützmann, Lavrand, etc., et nous nous contenterons de rapporter ici nos observations personnelles.

*Antécédents personnels.* — Né à terme. Accouchement normal. — Pas d'état d'asphyxie à la naissance. Pas de convulsions. — Rougeole et coqueluche.

Avait toutes ses dents à 18 mois. — A commencé à marcher à 18 mois.

Pas de signes de spécificité.

*Troubles de la parole.* — A commencé à dire « papa » et « man » seulement à 2 ans. Actuellement, son vocabulaire comprend un certain nombre de mots : « bibi », « tou » pour « sou », « tata » pour « kaka », « mirot », nom de son chien, etc. Mais il ne peut faire aucune phrase. Il répète bien les mots qu'on lui dit, mais pas toujours correctement. Ainsi il prononce « i » pour « oui », met des t à la place des s. Il articule mieux quand on lui fait syllaber le mot. Ainsi il articule bien « ma-da-me », qu'il prononce d'une façon incompréhensible autrement. Il ne cherche pas à employer les mots qu'on lui apprend, mais utilise des sons inarticulés et incompréhensibles pour se faire comprendre de son entourage. Il ne manifeste pas le désir de parler spontanément, et quand on essaye de lui apprendre à articuler un mot il se fatigue et s'énerve rapidement.

A l'école on ne lui a pas encore appris à lire, et comme écriture il en est encore à faire des barres.

*Etat intellectuel.* — Il comprend très bien ce qu'on lui dit, exécute bien les ordres verbaux, imite bien ce qu'il voit, s'intéresse à tout ce qui l'entoure.

Il est très agité, ne reste jamais en place, souvent la nuit il saute de son lit. Il n'est nullement sauvage et très docile. Ne se salit point, accomplit seul ses divers besoins.

*Organes des sens.* — Aucun trouble. Il entend très bien.

*Organes de la parole.* — Pas de trouble périphérique.

*Aspect physique.* — Il a une taille proportionnée à son âge, mais à l'aspect chétif. Ni hydro, ni microcéphalie. Dentition normale. Rien du côté de ses membres supérieurs ou inférieurs.

obs. II. — Marie G..., 10 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Père âgé de 40 ans, bien portant, éthyliste avant la naissance de l'enfant. Mère âgée de 34 ans, bien portante, n'a jamais eu de crises nerveuses.

Pas de renseignements sur les grands parents paternels ; les grands parents maternels sont vivants et bien portants. — Oncles et tantes paternels et maternels bien portants.

Aucun trouble de la parole, ni nerveux, ni mental dans la famille.

Cinq frères ou sœurs sont nés à terme : 1° L'ainé a 14 ans ; 2° La petite malade ; 3° Mort à 2 mois avec des convulsions ; 4° Mort à 22 jours ; 5° Mort à 19 jours.

Aucun n'a eu d'éruptions sur les fesses, la paume des mains ou la plante des pieds. Pas de syphilis connue chez le père ni chez la mère.

L'autre enfant n'a pas de trouble de la parole.

*Antécédents personnels.* — Née à terme. Accouchement normal. Pas d'asphyxie à la naissance. — Pendant la grossesse la mère a eu des ennuis du fait de l'alcoolisme du père.

A marché pour la première fois à 20 mois. Ni convulsions, ni incontinence nocturne d'urines.

*Troubles de la parole.* — La petite malade n'a commencé à parler qu'à 2 ans. Actuellement son vocabulaire est très limité et non en rapport avec son âge, les mots sont mal articulés et souvent incompréhensibles.

On ne sait, à cause de la difficulté de sa parole, si elle sait lire. Elle écrit correctement son nom, Lyon, papa, maman ; elle ne peut arriver à recopier les mots « hospice » « consultations », mais elle copie l'imprimé en écriture courante.

*Etat intellectuel.* — Elle entend bien ce qu'on lui dit, exécute les ordres qu'on lui donne. A l'école, d'après sa mère, elle apprendrait facilement. Elle fait facilement de la broderie, elle accomplit avec facilité les travaux manuels, elle satisfait seule et avec propreté à tous ses besoins.

Elle est très docile, ne commet aucun acte de méchanceté. Elle joue avec les enfants, mais surtout ceux au-dessous de son âge.

Elle ne semble pas cependant très développée intellectuellement.

*Organes des sens.* — La petite malade entend tout ce qu'on lui dit. Une montre qu'on n'entend guère qu'à 40 centimètres, est entendue de l'oreille droite à 20 centimètres et de la gauche à 40 centimètres. A l'examen : épaissement triangulaire à la partie antérieure du tympan des deux côtés.

Les autres organes des sens sont normaux.

*Organes périphériques de la parole.* — Rien du côté du voile du palais, de la langue, des lèvres. — Ni grosses amygdales, ni adénoïdes.

*Troubles moteurs.* — Au moment où nous voyons la malade elle est atteinte de chorée depuis deux mois (il s'agit d'une chorée de Sydenham). Mais avant la malade n'en présentait aucun.

Ni troubles sensitifs, ni troubles sensoriels.

Ni troubles réflexes, ni trophiques, ni sphinctériens.

*Stigmates de dégénérescence.* — Taille normale pour son âge. Asymétrie faciale osseuse : la bosse frontale gauche est moins saillante, la face est aplatie à gauche. Le lobule de l'oreille est adhérent des deux côtés, oreille de Féré nette à droite, esquissée seulement à gauche. Dentition normale, pas de voûte ogivale. Pas de scoliose.

*Viscères normaux.* Ni albumine, ni sucre.

obs. III. — Jean V..., 7 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Père a parlé à l'âge normal, mais il a un trouble de la parole difficile à préciser, car nous ne l'avons pas examiné ; d'après les indications données par sa femme, il parlerait vite et mangerait quelques lettres dans les mots. Très nerveux. Pas d'excès éthyliques.

Mère n'a pas de renseignement sur le début de la parole chez elle. Pas de trouble de la parole. Bonne santé, pas de spécificité.

Grand-père paternel a le même trouble de parole que le père.

Rien du côté des grands parents maternels.

Une tante maternelle a eu des crises nerveuses.

Une sœur, âgée de 3 ans, parle bien ; un frère, mort à un an, parlait déjà.

*Antécédents personnels.* — Rien à noter durant la grossesse. Accouchement a duré deux heures. Pas de forceps. Asphyxie à la naissance. Né à terme. Pas de convulsions. Pas d'incontinence nocturne d'urines. Terreurs nocturnes.

Premières dents à neuf mois. A marché à un an.

Aucune maladie grave.

*Troubles de parole.* — Il a dit papa et maman avant un an, puis il a été très long à apprendre des mots. Il ne peut faire aucune phrase. Il dit : « pus » pour « plus », « taud » pour « chaud », « ça bûle » pour « ça brûle », « papeau » pour « chapeau », « touteau » pour « couteau ». Il dit de nombreux mots qu'on ne comprend pas. Il dit bien « non », mais ne peut prononcer le mot « oui ». Il ne peut articuler ni r, ni ch, ni s, ni l. Il répète bien les mots, mais, quand on met de l'insistance à les lui faire dire, il se fâche.

*Troubles intellectuels.* — Il comprend tout ce qu'on lui dit, il distingue bien les objets les uns des autres. Il manifeste le désir de parler. Il aurait bonne mémoire, d'après sa mère, et une attention suffisante. Il imite facilement ce qu'on fait de manuel devant lui. Il n'est jamais allé à l'école et n'a encore appris ni à lire, ni

à écrire. Il est un peu têtù, quoique docile ; il se met aisément en colère. Il s'amuse comme un autre enfant ; il s'habille seul, mange seul, et demande pour satisfaire à ses divers besoins. Il manifeste ainsi ses besoins : pipi, kaka, à ba, du pain (signifie à manger), etc. Il perd un peu sa salive en parlant.

*Troubles sensoriels.* — Aucun ; il entend très bien, on lui fait facilement exécuter un ordre en se plaçant derrière lui, et sans élever la voix. L'examen de l'oreille ne révèle rien d'anormal.

*Troubles des organes de la parole.* — La langue se meut bien ainsi que les lèvres, ni grosses amygdales, ni adénoïdes.

*Aspect physique.* — L'enfant est grand et gros, d'aspect florissant.

*Troubles moteurs.* — Mouvements et force musculaire normaux. Pas de contracture des membres, ni aucune raideur à l'occasion de la marche, les réflexes rotuliens ne sont pas exagérés.

*Stigmates de dégénérescence.* — Asymétrie faciale osseuse, moitié gauche de la face plus aplatie, bosse frontale moins saillante. Pas d'anomalie des oreilles. Dentition normale (quelques dents gâtées). Voûte palatine peu excavée et basse. Pas d'anomalie des organes génitaux.

obs. IV. — Claude G..., 3 ans et demi.

*Antécédents héréditaires.* — Rien de spécial du côté des parents.

Du côté de la mère, un cousin a deux enfants qui n'ont parlé qu'à 6 ans ; du côté paternel, une cousine aurait parlé très tard et le fils de celle-ci a également parlé très tard et parle encore très mal. Il suit cependant des classes pour le baccalauréat. Pas de consanguinité.

Un frère de 2 ans commence à bien parler.

*Antécédents personnels.* — Accouchement après soixante-quinze heures de douleurs, application de forceps, circulaire autour du cou, mais l'enfant a crié de suite.

Pas de convulsions, ni de maladie grave. Pas d'énurèse nocturne.

Dents de bonne heure. Marche à 17 mois.

*Affection actuelle.* — On amène l'enfant parce qu'il ne parle pas ; la mère le dit très intelligent, il s'intéresse à tout. Il tire très bien la langue, il n'a ni grosses amygdales, ni végétations. Aucune malformation. Les réflexes rotuliens sont un peu forts, mais pas de trépidation épileptoïde. Il semble entendre tout ce qu'on dit et exécute tous les ordres qu'on lui donne, sans qu'on ait besoin



d'élever la voix. Il dit quelques mots et donne seulement l'impression d'un enfant arriéré.

Revu au mois d'avril 1900, il a fait beaucoup de progrès depuis janvier, et surtout depuis un mois. Sa mère s'est occupée de l'éduquer. Son vocabulaire s'est beaucoup enrichi. Il dit un assez grand nombre de mots, mais incompréhensibles pour les personnes autres que l'entourage : « ati » pour « merci », « enco » pour « encore », « audaa » pour « soldat », « co » pour « alcôve », « yeyé » pour « soulier », « côl » pour « culotte », « yaiye » pour « ça saigne ». Il dit très correctement « adieu ». Il ne peut prononcer surtout ni les l, ni les r.

Au 16 octobre 1900, le petit malade n'avait pas fait de grands progrès, ce que le père attribue à une coqueluche grave qui l'a tenu tout cet été. Actuellement, il ne prononce toujours pas les r mais assez correctement les l. Il met beaucoup de t : « taise » pour « chaise », « tauteuil » pour « fauteuil ».

obs. v. — Louis B..., 10 ans et demi, enfant élevé à la campagne, dont on s'est peu occupé.

*Antécédents héréditaires.* — Pas de trouble de la parole dans la famille.

Pas d'affection nerveuse ou mentale. Six frères ou sœurs, tous ont appris à parler de bonne heure et parlent bien. Un garçon a uriné au lit jusqu'à six ans. Tous ont marché et eu leurs dents tôt. Tous nés à terme.

Pas de spécificité ni éthylisme ?

*Antécédents personnels.* — Né à terme, accouchement normal, pas d'asphyxie. Premières dents tardivement. A commencé à marcher à 18 mois. Jamais de suppuration d'oreilles ni affection antérieure. Il s'est, dans les premiers temps de sa vie, comporté comme les autres enfants.

*Troubles de la parole.* — A 2 ans, il disait seulement papa, maman, il ne dit actuellement que quelques mots seulement. Il répète bien l'alphabet, il dit cependant t pour c et s, prononce mal y et z. Il répète bien maman, papa, madame, bébé. Il lit bien l'alphabet et semble même lire des phrases, mais l'articulation défectueuse ne permet pas de bien saisir ce qu'il lit. Il écrit seulement son nom assez correctement.

*Troubles intellectuels.* — Il comprend tout ce qu'on lui dit, il fait toutes les commissions qu'on lui donne. Il n'aime pas à parler quand il veut demander quelque chose, il le fait comprendre par signes. Il s'intéresse à tout ce qui l'entoure. Il paraît mou, in-

dolent. Sa mimique n'est pas très expressive. Il n'est pas sauvage du tout; très docile, dans le service, il est le premier à comprendre et à exécuter ce que lui demande la sœur. Il est allé à l'école, mais on ne s'en est pas occupé particulièrement. Il s'amuse bien avec ses camarades. Il s'habille et se déshabille facilement seul, mange très bien seul, ne se salit pas, ne perd pas sa salive. Il se tient correctement debout ou assis.

*Organe des sens.* — Rien à signaler. Au premier examen, il paraît dur de l'ouïe, mais il semble qu'il ne s'agisse pas de surdité vraie, mais de pseudo-surdité : alors qu'il semble ne pas percevoir des bruits faits derrière lui, il se retourne toujours quand on l'appelle par son nom en se plaçant derrière lui, et il répète les mots qu'on lui dit sans qu'on crie très fort. L'examen des oreilles montre deux tympans gris, sans triangles lumineux. Il s'agit plutôt ici d'un défaut d'attention (pseudo-surdité) que de surdité physique vraie.

*Organes de la parole.* — La langue, le voile du palais, les lèvres fonctionnent bien. Mais, quand il parle, il ouvre à peine la bouche et remue peu la langue; ni grosses amygdales, ni adénoïdes.

*Troubles moteurs.* — Mouvements, force des membres normaux. Ni différence de volume, ni de longueur, préhension, marche absolument normales. Aucune contracture.

*Stigmata de dégénérescence.* — Bien développé pour son âge, taille 1<sup>m</sup>,27, poids 27<sup>k</sup>,500. Tête très volumineuse, la plus grande circonférence horizontale, passant en avant par la ligne sus-orbitaire, et en arrière, par le point occipital, maximum à 0<sup>m</sup>,55; or, le maximum de dix à onze ans est de 54,5, et la moyenne de 51,5 (Bonthay, thèse de Lyon 1897, *Etude sur la tête au point de vue céphalométrie*). L'indice céphalique est de 0,80 (sous-brachicéphale). Le front est petit. Asymétrie crânienne et faciale osseuse : bosse frontale gauche moins saillante, crâne et face plus aplatis à gauche, sourcil gauche plus bas. Oreilles un peu grandes, mais normales. Dentition régulière. Pas de voûte ogivale. Pas d'onicophagie. Pas de scoliose. Organes génitaux peu développés, testicules petits. Deux petits nævi pigmentaires.

*Stigmata spécifiques.* — Aucun.

obs. vi. — (Due à l'obligeance de M. le Dr Dreyfus). Jean V..., 8 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Père a parlé tard. Une sœur du père n'a commencé qu'à 2 ans et demi, de même le fils de cette dernière a eu du retard. Pas de renseignements sur les grands parents paternels. Rien du côté maternel.

Pas d'affection nerveuse ou mentale dans la famille.

Ni éthylisme ? ni spécificité ?

*Antécédents personnels.* — Né à terme, grossesse et accouchement normaux. Premières dents à cinq mois. Début de la marche à 2 ans et demi. Convulsions au moment de la dentition. Méningite vers 5 mois. Nouvelles convulsions à 3 ans. Incontinence nocturne d'urines, actuellement persistante. Pas de terreurs nocturnes.

Un frère et une sœur qui ont marché normalement et sont bien portants.

Pas de stigmates spécifiques.

*Troubles de la parole.* — On ne sait à quel âge il a commencé à parler. Actuellement il dit bien « papa », « maman », « poupée » pour « poupée », « papeau » pour « chapeau ». Il ne peut prononcer les r. Quand il parle, ses lèvres et sa langue remuent peu. Son vocabulaire est limité ; il répète bien les mots qu'on lui dit. Beaucoup de mots sont incompréhensibles. Ainsi il débite son *Pater* sans qu'on puisse saisir un seul mot.

On ne peut savoir s'il sait lire, car, lorsqu'il s'y essaye, l'articulation des mots est si défectueuse, qu'on ne le comprend pas.

Il écrit correctement son nom.

*Etat intellectuel.* — Il paraît vif, intelligent, s'intéresse à tout ce qui l'entoure ; a une mimique des plus expressives. D'après sa mère il se comporte comme un enfant de son âge, sauf qu'il ne parle pas. Il comprend tout ce qu'on lui dit par la parole ; il exécute bien tous les ordres qu'on lui donne verbalement. Il aurait, d'après sa mère, une bonne mémoire. Il est très docile, cependant violent. Joue avec des enfants de son âge, mais les bat souvent.

*Organes des sens.* — Il n'aurait entendu qu'à l'âge de 6 ans. Actuellement normaux ; il entend parfaitement ce qu'on lui dit.

*Organe de la parole.* — Rien à signaler.

*Troubles moteurs.* — Ni paralysie, ni contracture des membres.

*Etat physique.* — Bien conformé pour son âge. Rien du côté de la face, ni du crâne.

Il a été mis dans un asile de sourds-muets, d'où il n'a retiré aucun bénéfice pour son éducation.

obs. VII. — (Due à M. Jobert, externe des hôpitaux.)

J..., 7 ans, petit garçon.

*Antécédents héréditaires.* — Pas de troubles nerveux ou de la parole dans la famille. — Ni alcoolisme, ni syphilis.

Sept frères ou sœurs sont nés à terme et normaux. Aucun n'a parlé tard.

*Antécédents personnels.* — Né à terme. Grossesse et accouchement normaux. On ne sait s'il a eu des convulsions ou de l'incontinence d'urines, mais il a eu des terreurs nocturnes. Aucune maladie antérieure.

Dentition et marche à époque normale.

*Troubles de la parole.* — A 3 ans seulement il a commencé à dire « papa » et « maman », et encore ce dernier mot avec difficulté et peu souvent ; depuis il a continué à parler avec une extrême lenteur, ajoutant de loin en loin quelques mots à son vocabulaire. Il ne peut prononcer ni j, ni ch, ni surtout r ; il est resté longtemps sans pouvoir prononcer les nasales, qui commencent maintenant à être à peine articulées distinctement. Lorsqu'il a la patience de répéter plusieurs fois un mot, il finit par le dire avec moins de difficulté. Il appelle par leurs noms plus ou moins estropiés tous les gens de son entourage. En jouant avec ses frères et sœurs ou ses camarades, il lance quelques mots isolés, quelquefois deux de suite, rarement plus et il ne les lie jamais entre eux.

*Etat intellectuel.* — Son intelligence paraît ordinaire, il comprend parfaitement tout ce qui se dit ou se fait autour de lui. Dans dix mois qu'il a passé à l'école il a à peine appris ses lettres, et dit à peu près seul son *Pater*. Sa mémoire paraît engourdie. Quand il ne peut se faire comprendre, il prend un air dépité et tourne le dos en boudant ou se met en colère et pousse des cris d'impatience en tapant des pieds. Il est d'une nature affectueuse et câline. Il est extrêmement paresseux, d'un tempérament très mou ; il entre dans des colères furieuses, très courtes, à la moindre contrariété.

*Organes des sens.* — Intacts, surtout l'ouïe.

*Organes périphériques de la parole.* — Pas d'adénoïdes. Deux médecins qui l'ont vu n'ont rien trouvé de particulier dans ses organes, un autre a parlé de paralysie de la langue ?

*Etat physique.* — Fort et vigoureux, le plus robuste des huit enfants.

*Troubles moteurs.* — Dans sa démarche et ses mouvements il a toujours eu une sorte de raideur ; il est beaucoup moins souple et moins adroit que ses frères et sœurs.

OBS. VIII. — X..., fille de 8 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Père éthylique. Mère bien portante. Spécificité ?

Pas de renseignements sur les autres parents.

Six enfants. Trois sont morts avec des convulsions ; un autre a eu des convulsions au moment de la dentition.

Aucun n'a eu de retard ni de troubles de la parole.

*Antécédents personnels.* — Née à terme. Accouchement normal. Circulaire autour du cou. Pas d'asphyxie à la naissance. — Pas de stigmates spécifiques.

Croup vers 2 ans.

Début de la dentition à 8 mois. A commencé à marcher à 2 ans.

*Troubles de la parole.* — A commencé à parler seulement vers 2 ans. Mais sa parole était incompréhensible et l'est restée jusqu'à il y a six mois.

Actuellement vocabulaire assez complet, mais articulation encore défectueuse.

*État intellectuel.* — Aspect intelligent, pas sauvage. Comprend tout ce qu'on lui dit. A l'école elle n'apprend pas aussi bien que les autres enfants.

*Organes des sens.* — Intacts. Elle entend très bien.

*Organe de parole.* — Rien.

*Aspect physique.* — Taille normale. Tête petite. Pas de troubles moteurs des membres.

OBS. IX. — (Due à l'obligeance de M. Parot, externe des hôpitaux). X..., âgé actuellement de 22 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Pas d'antécédents du côté de la parole. Mère asthmatique et nerveuse.

Un frère a parlé à 9 mois (?) et une sœur à l'âge normal.

Ni éthylisme ni syphilis.

*Antécédents personnels.* — Rien pendant la grossesse. Né à terme. Accouchement normal, pas d'asphyxie. A marché tard. A commencé à parler seulement à 3 ans. Pas de convulsions. N'avait pas d'adénoïdes.

*Troubles de la parole.* — Le premier mot qu'il ait dit à 3 ans est le mot « yeu », parce que sa mère appelait son père « vieux », l'enfant disait « yeu » pour « papa ». Il a ensuite parlé difficilement. A 10 ans, il articulait encore mal.

*Troubles intellectuels.* — Il était d'apparence intellectuelle normale.

*Trouble des organes des sens.* — Bonne audition et intégrité des autres sens.

*Troubles moteurs.* — Aspect physique normal. Ni paralysie ni contracture.

Actuellement, ce sujet, âgé de 22 ans, est intellectuellement normal. Parle bien et facilement et est physiquement bien constitué.

Cette observation, quoique très incomplète, est intéressante en ce sens qu'il s'agit d'un sujet actuellement normal et qui a été atteint d'atalie idiopathique. Dans ce cas, on peut rétrospectivement penser que ce sujet n'avait aucun autre trouble que celui de la parole dans son jeune âge. Il est regrettable que nous n'ayons pas pu avoir la formule psychique actuelle de ce cas pour voir s'il n'a pas un défaut de mémoire, d'attention, d'imitation, etc., et trouver peut-être ainsi le trouble qui a pu autrefois mettre obstacle au développement de sa parole.

---

### III

## INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LE CANCER DU LARYNX

Par **A. GOUGUENHEIM** et **E. LOMBARD**, de Paris <sup>(1)</sup>.

Le cancer du larynx s'offre à notre observation sous des aspects cliniques si variés qu'il paraît bien difficile de préciser la ligne de conduite à tenir d'une façon générale.

Il faut, dans chaque cas, s'inspirer non seulement de la nature, de l'étendue et du siège de la tumeur, mais encore de l'âge et de la résistance du malade.

Depuis la première laryngectomie totale les procédés opératoires se sont multipliés et surtout se sont perfectionnés dans les différents pays. Des statistiques encourageantes ont été publiées, mais nous sommes encore loin d'être arrivés à une entente unanime. A l'heure actuelle, la chirurgie est notre unique ressource et toute tentative thérapeutique sera nécessairement chirurgicale.

Les malades porteurs de néoplasies malignes du larynx peuvent être répartis en trois grands groupes :

Les inopérables.

Les opérables.

Entre les deux se place une catégorie de malades fort nombreux. Ce sont ceux chez lesquels une lésion déjà très envahissante rend singulièrement plus aléatoires les résultats de l'intervention, ou bien les malades chez lesquels on découvre avec une lésion relativement peu étendue, une tare organique grave. Les opérations pratiquées dans ces dernières conditions

(1) Communication lue au XIII<sup>e</sup> Congrès International de Médecine, Paris, 2-9 août 1900.

assombrissent les statistiques. Certes il faut reculer le plus possible les limites de la thérapeutique opératoire, mais nous croyons qu'on doit toujours proportionner la gravité et l'importance de l'intervention à la résistance du sujet.

Donc il conviendrait presque de faire rentrer dans la classe des inopérables bon nombre de cancéreux du larynx qui sont reconnus en même temps diabétiques, albuminuriques, ou atteints de lésions cardiaques et pulmonaires avancées.

Chez eux, la trachéotomie simple présente déjà des dangers : à plus forte raison la thyrotomie ou la laryngectomie.

En seconde ligne vient cette catégorie de cancers déjà étendus, ayant dépassé les limites du larynx ou développés secondairement, avec adénopathies considérables.

Ces malades ne sont guère justiciables que de la trachéotomie, opération purement palliative en la circonstance et ne pouvant avoir d'autre prétention que celle de parer aux accidents d'asphyxie. C'est malheureusement dans ces conditions que nous sommes appelés à examiner nombre de cancéreux dans les cliniques hospitalières.

Les cancers du larynx opérables sans être d'une très grande fréquence ne sont pourtant pas d'une rareté extrême.

Nous avons à notre disposition quatre procédés thérapeutiques de nature et de valeur totalement différentes :

Les interventions endolaryngées.

La trachéotomie.

La laryngo-fissure.

Les laryngectomies.

1° Les interventions endolaryngées trouvent leur justification dans les faits suivants :

1° Au larynx, certaines formes de cancers intrinsèques restent très longtemps limitées, à une corde, à une bande ventriculaire et n'ont guère de tendance à progresser.

2° Cette marche lente, torpide, s'observe surtout chez les sujets âgés, précisément chez ces malades dont l'âge avancé fait hésiter sur l'application d'une intervention utile.

3° La lenteur de l'évolution peut aussi être en rapport avec la nature du néoplasme. Certains épithéliomes, les sarcomes avec prédominance du tissu fibreux évoluent très lentement.



4°. Enfin il y a des épithéliomes pédiculés chez lesquels l'intervention endolaryngée est de mise pour parer à des accidents immédiats. Nous avons rapporté dans les *Annales* une observation de ce genre.

Mais, après avoir indiqué les quelques bénéfices que l'on peut espérer de l'intervention endolaryngée, il faut se hâter de faire son procès. En réalité c'est une opération de diagnostic. Il ne faut pas s'y attarder outre mesure. On ferait perdre au malade un temps précieux. C'est encore si l'on veut une opération de pis-aller quand le malade refuse une intervention plus efficace ou quand on se trouve aux prises avec une récurrence rapide.

La pince ne pourra jamais remplacer la laryngo-fissure en cas de lésions très limitées d'une corde vocale. Il faut enlever très largement même une minuscule tumeur et jamais la voie naturelle ne sera suffisante.

La trachéotomie est l'ultime ressource du cancéreux inopérable. Est-ce à dire que la trachéotomie ne peut avoir aucune espèce d'influence sur la marche des lésions ? L'expérience a montré que dans la tuberculose laryngée la trachéotomie paraît amener une sédation, un véritable ralentissement de l'évolution. L'action est bien certaine et se montre aussi dans le cancer. Nous l'avons noté dans nos observations. Mais c'est tout ce qu'il faut en espérer. Si le cancer est opérable, si l'état général du malade n'est pas trop précaire, on peut attendre de bons résultats des deux opérations qui constituent à l'heure actuelle toute la thérapeutique du cancer, la thyrotomie, les laryngectomies.

Malheureusement les indications d'appliquer utilement ces deux procédés opératoires sont encore excessivement restreintes. Il y a à cela plusieurs raisons :

1° Même avec une lésion limitée et opérable on redoute à juste titre les accidents postopératoires immédiats. Le malade est diabétique, âgé, cardiaque, emphysémateux, tuberculeux.

2° L'opération n'est pas faite en temps utile parce que le diagnostic est incertain. Ce diagnostic doit être d'abord clinique, ensuite histologique.

Or le diagnostic clinique peut être douteux. Les tumeurs bénignes, la tuberculose, la syphilis, le sclérome peuvent nous donner le change et l'on va s'attarder.

Le diagnostic histologique peut nous induire en erreur et venir augmenter encore les hésitations du diagnostic clinique.

Le diagnostic histologique peut ne pas nous renseigner sur la nature de la tumeur enlevée, car la pince n'a parfois retiré qu'un fragment de tissu inflammatoire, et le néoplasme est dans la profondeur. Il peut nous donner de fausses indications sur le pronostic et l'évolution probable de la néoplasie. On ne saurait faire grand fond sur l'examen histologique que s'il est immédiatement positif. En cas de doute il faut le répéter à plusieurs reprises, comparer les résultats et se placer en général dans l'hypothèse la plus défavorable.

Le cancer est confirmé. Le choix de l'intervention va dépendre d'une foule de conditions variables avec chaque cas. Aussi les statistiques n'ont-elles qu'une valeur très relative. Des observations détaillées, relatant même les plus minimes incidents, seront bien plus instructives.

La thyrotomie et la laryngectomie partielle donnent à l'heure actuelle les meilleurs résultats. Mais il faut bien séparer ces deux opérations.

La thyrotomie simple, laryngo-fissure avec extirpation des parties molles est une opération relativement facile à exécuter et sans grande mortalité postopératoire. Les résultats en sont satisfaisants. La voix n'est pas définitivement compromise. Mais ces indications, en tant qu'opération curative, sont des plus restreintes. Il faut se garder de l'appliquer aux cancers un peu étendus, qui ne sont déjà plus de son ressort. On ne manquerait pas de la faire tomber ainsi dans le plus profond discrédit.

Elle ne peut être de mise qu'avec une tumeur très limitée des parties molles. Il faut que cette tumeur n'intéresse pas le cartilage, qu'elle n'ait pas trop gagné vers la région aryénoïdienne ni vers la commissure antérieure, qu'elle ne descende pas trop dans la trachée. Or l'examen laryngoscopique ne nous renseigne pas toujours très exactement sur l'étendue

des lésions, en surface et encore moins en profondeur. Bien souvent la laryngo-fissure proprement dite ne sera qu'explorative et ne constituera que le premier temps d'une opération plus large. Et à vrai dire quand on aura un larynx cancéreux, il faut bien avouer qu'on n'est jamais fixé sur l'étendue des délabrements opératoires que l'on peut avoir à pratiquer. Aussi le champ de la laryngectomie partielle est-il beaucoup plus vaste que celui de la laryngo-fissure.

Pour peu que la tumeur ne soit pas extirpable en totalité par la laryngo-fissure il faut avoir recours aux laryngectomies.

La laryngectomie totale paraîtrait l'opération de choix si les statistiques ne nous révélaient une mortalité immédiate considérable. De plus la perte de la fonction est à peu près absolue. Nous donnerions donc la préférence aux laryngectomies dites partielles. L'extirpation du thyroïde et parfois d'une partie du cricoïde est le plus souvent nécessaire. On devra, toutes les fois qu'on le pourra, conserver le plus possible du squelette laryngé. On se trouvera dans les meilleures conditions si l'on peut garder le châton cricoïdien et si l'épiglotte est intacte.

Du moment qu'on se décide à pratiquer une laryngectomie, même partielle, on doit enlever les lésions le plus largement possible. Les interventions timides sont inutiles. Il faut dépasser les limites mêmes supposées de la tumeur ou bien alors se contenter de la simple trachéotomie.

---

**DE L'EMPLOI DE L'ACIDE CHROMIQUE EN SOLUTION  
AU DEMI DANS LE TRAITEMENT  
DES TUMEURS MALIGNES DES MUQUEUSES  
DU PHARYNX, NEZ, LARYNX<sup>(1)</sup>**

Par **HAMON** du **FOUGERAY** (du Mans).

Après avoir essayé les divers traitements médicaux ou chirurgicaux dirigés contre le cancer des muqueuses du pharynx, du nez et du larynx, et avoir constaté que presque toujours fatalement la récurrence survient surtout pour le Rhino-Pharynx, je me suis décidé à expérimenter l'acide chromique en solution au demi, caustique dont j'avais plusieurs fois constaté les bons effets sur le cancroïde des lèvres.

Voici d'abord le résumé de trois observations concernant trois malades traités par ce procédé.

**OBSERVATION 1.** — Il s'agit d'une femme de 38 ans, qui fut opérée d'un cancer du sein gauche il y a trois ans. L'opération fut faite aussi largement que possible par mon excellent confrère le Dr Delagénère. Lorsque cette malade vint me trouver, il n'y avait pas de récurrence et la cicatrice était parfaite, mais du côté du pharynx certains troubles de la déglutition étaient survenus. En examinant le pharynx, on constatait une infiltration de la luette et du côté gauche du voile, en un point, il existait une ulcération fongueuse. Etant donné les antécédents pathologiques de cette femme je soupçonnai une tumeur maligne et pour en avoir la certitude j'enlevai un morceau des fongosités que j'examinai au microscope. Cet examen me permit de constater la présence de globes épider-

<sup>(1)</sup> Communication au XII Congrès International de médecine, Paris, 2-9 août 1900.

miques et de boyaux épithéliaux. Il s'agissait donc bien d'un épithélioma.

Le traitement que j'instituai fut celui-ci : je curetai avec soin l'ulcération, puis commençai les cautérisations avec l'acide chromique en solution au demi. Celles-ci furent faites tous les deux jours au début, puis espacées de plus en plus. A deux reprises je répétai le curetage pour enlever quelques petites fongosités. Au bout de trois mois de traitement, les lésoins avaient disparu, il n'y avait plus ni infiltration ni ulcération. J'ai revu la malade à différentes reprises et la guérison se maintient depuis plus de deux ans.

OBSERVATION II. — Il s'agit d'une femme de 50 ans, qui avait été opérée d'un cancer de l'utérus quatre mois auparavant.

A ce moment, éprouvant une gêne douloureuse de la déglutition, elle vint me consulter. Je constatai une infiltration du voile avec ulcération et bourgeonnement à droite. Ces lésions avaient à peu près le même aspect que dans l'observation I. L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'un épithélioma. Je traitai cette seconde malade comme la première. Au bout de deux mois de traitement, l'évolution semblait arrêtée et j'étais en droit d'espérer une seconde guérison. Malheureusement, la malade dont l'état général laissait à désirer fut prise de bronchite, puis de congestion pulmonaire et succomba.

OBSERVATION III. — Au commencement de l'année dernière, je fus consulté par M. B. qui était atteint de cancer du larynx depuis près de deux ans, et qui déjà avait été traité par plusieurs de mes confrères. Il se plaignait alors surtout d'une très grande gêne de la respiration et avait de fréquents accès de suffocation. A l'examen laryngoscopique, on voyait le larynx envahi par une tumeur qui rétrécissait la glotte jusqu'à ne laisser apercevoir qu'une toute petite fente. On constatait en outre tous les autres symptômes classiques du cancer du larynx. Dans ces conditions, le considérant comme perdu, je lui proposai la trachéotomie, mais il refusa énergiquement comme il avait fait déjà à mes autres confrères. Il savait qu'il était atteint d'un cancer, qu'il devait mourir prochainement et tout ce qu'il me demandait c'était de faire disparaître l'oppression sans opération.

Je lui parlai alors de l'emploi de l'acide chromique sans toutefois le bercer d'illusions. Il me pria d'essayer. Je commençai donc ce nouveau traitement. Tous les jours je vins lui badigeonner l'intérieur du larynx avec la solution d'acide chromique. Celle-ci fut bien supportée et, ce qui m'étonna je l'avoue, la suffocation dimi-

nua peu à peu et la respiration redevint presque facile. Mais l'état général s'alterait de plus en plus, le malade s'affaiblissait et ne pouvait presque plus prendre de nourriture. Pourtant les lésions du larynx n'augmentaient pas et semblaient rester stationnaires. Enfin, la mort survint par cachexie trois mois après le début du traitement.

Je n'ai rapporté ces trois observations que parce qu'elles m'ont paru intéressantes étant donnée la gravité du cancer des muqueuses du pharynx et du larynx. Je ne saurais les faire suivre d'aucune conclusion ferme estimant que trois observations ne sont pas suffisantes pour juger un mode de traitement. Je me propose de renouveler ces essais le cas échéant et serais heureux si mes collègues voulaient faire de même. Ma première observation est la seule réellement complète. Pour ce cas, je puis affirmer qu'il s'agissait bien d'un commencement de cancer du pharynx et l'absence de récurrence existe encore aujourd'hui. L'emploi de la solution d'acide chromique me semble donc autorisé. Il me paraît inutile de faire remarquer que son action devra être d'autant plus curative qu'on aura affaire à une lésion commençante. De plus, ce traitement n'exclut nullement les interventions chirurgicales lorsque celles-ci sont indiquées. Le cancer du pharynx est une affection si terrible, devant laquelle nous sommes en quelque sorte la plupart du temps désarmés, qu'il serait à souhaiter que l'on pût trouver un mode de traitement actif quand bien même celui-ci ne réussirait que dans certains cas.

---

## SUR LES NÉOPLASMES DU SINUS SPHÉNOÏDAL

Par le prof. **GBERARDO FERRERI**, docteur libre d'oto-rhino-laryngologie à l'Université Royale de Rome.

J'ai publié dans l'*Archivio Italiano di Otologia* (Vol. III, fasc. IV) une observation de fibro-sarcome du sinus spénoïdal que je crois opportun de compléter, la malade ayant succombé.

Peut-être aurai-je droit à la reconnaissance des spécialistes qui s'adonnent actuellement à l'étude détaillée des sinusites et qui journellement accumulent des matériaux précieux non seulement au point de vue pathologique, mais encore à propos du diagnostic différentiel et de la thérapeutique des diverses sinusites.

## OBSERVATION

M. S., 60 ans, n'a jamais eu aucune maladie grave. Neuf enfants et neuf fausses couches. Il y a quatre ans et demi environ, elle souffrit apparemment d'un violent coryza, à la suite duquel elle éprouva un peu de gêne pour respirer par le nez. Cet embarras se prononçant, la malade vint me consulter chez moi, et, ne pouvant émettre un diagnostic précis, je me contentai de dégager les fosses nasales en réséquant les deux cornets inférieurs.

L'opération ne procura qu'un mieux transitoire, la malade continuant à se plaindre de l'obstacle au passage de l'air dans les portions les plus profondes du nez. Je fis la rhinoscopie postérieure et mon doigt, introduit dans la cavité rétro-pharyngienne, rencontra une tumeur dure, à surface lisse, non saignante, facile à enserrer de toutes parts, sauf à son point d'implantation sur la coupole pharyngée.

Sur le conseil du Prof. de Rossi, je tentai d'abord la réduction de la tumeur par l'électrolyse et j'excisai un important fragment du néoplasme avec les pinces coupantes de Læwenberg. Ces opérations n'eurent aucun effet, la tumeur récidiva et envahit presque tout le pharynx nasal, au point de faire saillir le voile palatin. En octobre 1898, la dysphagie s'accentua, la respiration s'embarassa, puis survinrent l'impossibilité de l'alimentation, la céphalalgie, les vertiges, la dyslalie et un dépérissement général.

La malade entra le 20 janvier 1899 à la clinique; en plus des troubles signalés ci-dessus, elle présente une légère exophthalmie droite et du ptosis de la paupière correspondante, sans strabisme. Rien de particulier à la rhinoscopie antérieure. A l'examen digital de la cavité buccale, immédiatement derrière le voile, on rencontre une tumeur grosse comme une noix, offrant les caractères sus-mentionnés, mais paraissant adhérer à la moitié gauche de la surface postérieure du voile du palais. Le néoplasme ne saignait pas.

D'apparence émaciée, la malade avait un teint terreux, et présentait une dépression organique totale. L'œil droit était bandé pour prévenir la diplopie provoquée par la paralysie de l'élévateur. Les branches de l'oculomoteur, aboutissant à l'iris, étaient normales (ophtalmoplégie externe). Dans l'œil gauche, les mouvements du bulbe étaient normaux, mais il existait un léger nystagmus oscillatoire intentionnel. Examen ophtalmoscopique : moyens de réfraction normaux de même que les membranes profondes. Léger œdème papillaire et circumpapillaire terminant l'aspect de la papille et masquant l'origine des gros troncs vasculaires. Région maculaire normale.

Opération pratiquée le 25 janvier sous anesthésie locale (coïcaine au 10%). On détache avec la spatule de de Rossi les adhérences de la tumeur à la moitié gauche du voile palatin. Au cours de l'intervention, l'instrument perfora les parois de la tumeur et pénétra dans une cavité renfermant du sang noirâtre en partie coagulé. Une légère hémorrhagie étant survenue, on étendit la malade la tête pendante (position de Rose) pour éviter la chute du sang dans le larynx. On vida alors le kyste avec la curette et on enleva de gros morceaux pour l'examen microscopique. On pensa aussitôt que la surface osseuse de la base du crâne, correspondant au corps du sphénoïde, devait être découverte. Lavage de la région et tamponnement de la plaie avec une longue bande de gaze.

Malgré le tampon, le sang suintait continuellement et, pour



parer à une hémorrhagie abondante, on recourut pendant quatre heures à la compression digitale du tampon. L'hémorrhagie ayant cédé, la malade fut alimentée avec la sonde œsophagienne (bouillon, lait).

Le 15 février, cocaïnisation de la voûte naso-pharyngienne avec une solution au 10<sup>e</sup>, puis tentative inutile d'avulsion à l'anse galvanique, suivie de la dissection de la tumeur avec un petit couteau électrique après l'avoir isolée sur une large étendue. De cette manière, on put, avec le doigt, reconnaître qu'elle était implantée à la base du crâne, beaucoup plus profondément qu'on ne l'avait cru tout d'abord.

L'extraction de la tumeur fut effectuée avec une grosse curette. La cavité existant à la base du crâne fut bourrée de gaze iodoformée. La malade supporta bien l'opération et son état s'améliora les jours suivants sans ascension de la température, au point qu'elle put quitter la clinique le 21 février et revint seulement se faire panser tous les trois jours.

Peu à peu, le volume de la cavité se réduisit, au point qu'à la mi-mars on ne pouvait plus y introduire qu'une étroite bande de gaze iodoformée, longue de 10 centimètres. A la fin d'avril, la malade se trouvant suffisamment bien, on renonça à tout traitement.

Quand elle ouvrait la bouche et qu'on maintenait avec deux écarteurs les deux fragments séparés du voile palatin, à la rhinoscopie postérieure directe, sans avoir besoin de réflecteur, on distinguait une légère saillie de la voûte naso-pharyngienne, au voisinage du bord supérieur des choanes, et au centre de la saillie se trouvait un sinus fistuleux, à travers lequel la sonde pénétrait dans une cavité à surface rugueuse, profonde d'environ 2 centimètres, non sanguine. Les bords de l'ouverture étaient réguliers, avec une tendance à s'enfoncer. La muqueuse recouvrant la procidence de la voûte naso-pharyngienne était pâle, mais la surface résistait au toucher digital. Du reste, la lésion sphénoïdale n'offrait aucun penchant à récidiver.

L'examen histologique démontra qu'on avait affaire à une tumeur constituée essentiellement par du tissu connectif fibreux, dans lequel étaient disséminés des îlots plus ou moins importants, présentant la structure sarcomateuse. Ces îlots étaient formés par des cellules de dimensions variées, munis d'un ou deux noyaux sphériques ou ovalaires, atteignant parfois un volume très considérable (noyaux géants); on ne distinguait pas de cellules géantes polynucléaires.

On voyait aussi dans ces ilots de tissu sarcomateux une trame connective fibreuse médiocrement développée. Sur certains points du néoplasme, on remarquait de petites infiltrations cellulaires rondes, éparses ou confluentes et atteignant alors une dimension considérable. Les vaisseaux sanguins étaient plutôt rares, relativement à la masse de la tumeur, mais dans leur voisinage on voyait de vastes infiltrations hémorragiques. Diagnostic : *Fibrosarcome du sinus sphénoïdal*.

Depuis la fin d'avril 1899 jusqu'à la fin de septembre, la malade se maintint assez bien, excepté la persistance de la gêne de la respiration nasale et la difficulté de la déglutition engendrée par la fissure du voile palatin, elle avait engraisé et pouvait s'occuper de son intérieur.

Mais en octobre, le passage de l'air à travers les fosses nasales devint de plus en plus pénible et on vit de nouveau surgir sur la voûte naso-pharyngienne une grosse saillie, que l'on distinguait entre les deux lèvres écartées du voile du palais quand la malade ouvrait la bouche.

En novembre, cette tumeur sphérique, du volume d'une mandarine, à surface lisse, revêtue d'une muqueuse saine en apparence, de consistance dure élastique, indolore à la pression et spontanément, était visible au fond de la bouche et touchait presque la base de la langue, de sorte que la malade ne pouvait avaler d'aliments solides et ne respirait que la bouche ouverte, d'où l'insomnie et une soif inextinguible.

Dans le courant du mois, la malade s'aperçut que la paupière gauche avait une tendance à s'abaisser, et les douleurs devinrent plus fréquentes, s'irradiant au front et à l'œil gauche avec fourmillements dans la moitié droite de la face, mais sans vertiges, ni vomissements.

Le 22 janvier, je priai le Prof. Mingazzini de procéder à l'examen objectif de la malade; voici les renseignements qu'il me fournit.

Au repos, la paupière supérieure gauche est complètement rabattue.

Ordinairement, les rides frontales sont profondément contractées, les sourcils relevés, mais surtout celui de droite. En soulevant passivement la paupière droite, on voit parfois celle de gauche se relever simultanément et en maintenant la paupière soulevée, on remarque la propension de l'œil droit à tourner vers l'intérieur, tandis que le gauche incline vers l'extérieur. Ultérieurement, au contraire, ce fut l'œil droit qui dévia vers l'extérieur.

A l'examen binoculaire, l'œil droit demeure presque totalement immobile et n'exécute qu'un mouvement partiel vers l'extérieur. L'œil gauche, au contraire, effectue complètement la rotation supérieure et extérieure et très imparfaitement les mouvements internes et inférieurs.

La malade soulève également bien le front des deux côtés, mais l'abaissement s'effectue mieux à droite.

Lorsqu'on pose la main sur l'œil et qu'on invite la malade à relever la paupière du côté opposé, elle n'y peut réussir, sans recourir à cet expédient, c'est-à-dire par un simple effort de volonté, la malade n'arrive jamais à soulever la paupière droite, tandis qu'elle peut le faire, bien qu'incomplètement, pour celle de gauche.

Le pli naso-labial droit est moins profond que le gauche, l'angle labial droit est abaissé et livre souvent passage à la bave.

Protrusion de la langue non déviée.

La malade ne peut ouvrir entièrement la mâchoire, quand elle s'y essaye, elle éprouve des tiraillements. Les masséters sont presque atrophiés des deux côtés.

Rien dans les mouvements passifs et actifs des parties supérieures; au dynamomètre, D. = 9; G. = 14.

Les membres inférieurs n'offrent aucune particularité. En marchant, la malade a les jambes raides, et parfois elle chancelle. Léger Romberg.

Anysocorie prononcée (pupille D. > G.). Les pupilles sont absolument rigides à la lumière et à l'accommodation.

Pas de réflexes profonds des membres supérieurs.

La sensibilité tactile, douloureuse et thermique est conservée sur toute la surface du corps, mais elle est sensiblement atténuée du côté du front et de la région zygomatique droite. De ce côté, la malade perçoit de temps à autre des fourmillements qui se diffusent au reste de la face mais avec beaucoup moins d'intensité. Dans la même région, on observe, par moments, des tiraillements douloureux. La compression exercée à la sortie du tronc facial et du sus-orbitaire est très douloureuse à gauche, et moins à droite, où elle est, pour ainsi dire, indolore.

Pas de céphalalgie; parfois, la malade rend son café, mais elle assigne à cet accident une origine stomacale.

La sensibilité gustative et olfactive est abaissée à droite.

Acuité visuelle notablement réduite bilatéralement.

Le pouvoir auditif est atténué des deux côtés, mais surtout à droite.

Aucun trouble de la miction.

Pouls : 92.

Examen ophtalmoscopique : stases bilatérales des pupilles, débutant à droite.

Pas de troubles psychiques, la parole est indemne.

Jusqu'au 2 mai, l'aggravation alla en progressant et la malade, ne pouvant s'alimenter, dépérissait toujours. Elle ingérait quelques liquides qui, introduits par la bouche, étaient projetés dans l'œsophage par un mouvement brusque de la tête en arrière. Ce jour-là, la malade eut une syncope qui dura deux ou trois minutes ; en revenant à elle, elle dit ne se souvenir de rien de ce qui s'était passé. Elle recouvra ses esprits les jours suivants, mais elle tomba dans un état de prostration qui l'obligea à garder le lit. Il lui semble que sa figure est immobilisée comme si elle portait un masque et se plaint de fourmillements continuels.

De plus, il existait à l'intérieur du crâne une sorte de compression non douloureuse.

Le 11 mai, nouvel évanouissement d'une heure et troubles d'incoordination des membres supérieurs.

Quand la malade recouvra ses sens, on remarqua une hémiplégie gauche.

Mort subite le 14 mai, sans agonie.

Au début, l'autopsie fut formellement refusée, mais ensuite la famille consentit à laisser examiner la cavité crânienne à condition qu'on n'altérât aucunement la physionomie.

Après avoir sectionné circulairement le crâne et élevé la calotte osseuse, on vit que la dure-mère n'était pas soudée à la face externe de la voûte mais tendue ; l'incision livra passage à une quantité considérable de sérum sanguinolent. Les méninges se détachaient aisément des circonvolutions cérébrales sous-jacentes dont la consistance et la coloration étaient normales.

Au cours de la manœuvre méthodique en usage pour l'ablation de la masse cérébrale, en soulevant les lobes frontaux, on remarqua qu'entre la face inférieure du cerveau et la dure-mère, en correspondance avec la lame criblée de l'ethmoïde et la surface supérieure de la petite aile sphénoïdale, il existait une adhérence entre la dure-mère et le cerveau et qu'une cer-

taine quantité de sang coagulé s'était déversée dans l'espace sous-dural de la fosse cérébrale moyenne droite. Au point correspondant à l'adhérence, la structure de la dure-mère était profondément altérée, et offrait l'aspect d'un tissu lâche, facile à déchirer, sous lequel la substance osseuse (absorbée et usée) ne présentait aucune résistance.

Sur la ligne de suture, entre la petite aile sphénoïdale et l'ethmoïde, au voisinage du foramen optique droit, on remarquait une solution de continuité irrégulière de la dure-mère, à bords déchiquetés et végétants, de la dimension d'une grosse tête d'épingle, à travers laquelle une sonde pénétrait dans une vaste cavité à limites non définies.

En introduisant une sonde d'acier longue, mince et souple dans le sinus fistuleux de la selle turcique, on arrivait dans une cavité ample, et après avoir dépassé quelques anfractuosités, la pointe de l'instrument atteignait la voûte nasopharyngienne et ainsi se trouvait confirmé le diagnostic de lésion du sinus sphénoïdal.

Les intéressants travaux sur les sinusites sphénoïdales publiés au cours de ces dix dernières années par Schaeffer, Berger, Laurent, Heryng, Roland, Bergh, Bronner et d'autres auteurs laissent encore à désirer au point de vue diagnostique.

Une des raisons primordiales pour lesquelles le sinus sphénoïdal échappe au diagnostic lorsqu'il est affecté, réside dans le fait que ses altérations se confondent avec celles des sinus ethmoïdaux et des autres cavités accessoires, et ainsi avec des signes de sinusites maxillaire et ethmoïdale ; aussi les sinusites sphénoïdales attirent-elles bien rarement l'attention des malades et le spécialiste est exceptionnellement appelé à les traiter.

Mais si les affections inflammatoires aiguës ou chroniques du sinus sphénoïdal constituent encore le chapitre le moins connu de toutes les sinusites, les néoplasmes qui en sont originaires sont pour ainsi dire ignorés des rhinologistes ; au point qu'à la clinique oto-rhino-laryngologique de Breslau, dirigée actuellement par Kayser et auparavant par Gottstein, sur 3478 malades observés en 1895-96 (*Monats. f. Ohrenh.*, avril

1898) on rencontra seulement 3 cas typiques de sinusite sphénoïdale et les néoplasmes ne sont même pas mentionnés.

Bien que la littérature de ces quatre dernières années enregistre un grand nombre de lésions sphénoïdales, Bosworth, ayant parcouru avec attention la plupart de ces observations, déclare qu'il y a eu très fréquemment confusion entre les affections du sphénoïde et les sinusites ethmoïdales. Au cours de sa longue carrière, il n'a vu que deux cas certains de lésions sphénoïdales qui eurent une issue fatale, tandis qu'il a observé plus de 150 ethmoïdites qui, sauf une qu'il a décrite récemment, bénéficièrent toutes à divers degrés de la cure chirurgicale.

Bosworth dit qu'il faut être très sceptique au sujet du sondage et du râclage du sinus sphénoïdal avec un instrument introduit à 6 centimètres de la pointe du nez ; à cette distance on peut pénétrer dans les cellules ethmoïdales, mais jamais dans le sphénoïde.

R. C. Myles a mesuré les sinus sphénoïdaux et les a rencontrés éloignés de 6 à 8 centimètres du centre de la cloison ou du milieu des ailes du nez, même pour atteindre la paroi du fond, la distance était de 10 centimètres et il fallait légèrement incliner le stylet.

Les rhinologistes américains ont grandement contribué à l'étude des altérations du sinus sphénoïdal à l'occasion d'un intéressant rapport lu par Bosworth à la réunion annuelle de l'Association laryngologique tenue en 1896. Ce mémoire est des plus importants, vu qu'il explique une des causes fréquentes de la sinusite sphénoïdale : souvent on serait en présence des suites d'une ethmoïdite ignorée. Tandis que, dans la pratique, l'affection ethmoïdale n'est nullement dangereuse pour l'existence, il se peut que le sinus sphénoïdal soit envahi, d'où un péril menaçant.

La communication de Bosworth donna lieu à une longue discussion, au cours de laquelle Bryan soutint aussi que les lésions du sinus sphénoïdal sont bien plus rares que les autres sinusites et surviennent le plus souvent comme complication des affections ethmoïdales, attendu que la paroi osseuse séparant les cellules ethmoïdales postérieures du sinus sphénoïdal

est fort mince et facilite l'évidement de leur contenu ou la propagation d'une tumeur dans cette dernière cavité.

La discussion au même congrès à laquelle participèrent divers spécialistes au sujet du travail de Bosworth, a démontré que les lésions sphénoïdales se distinguent particulièrement par des troubles psychiques. Un malade d'Ingals, de même que celui de Bosworth, avait été soigné par plusieurs neurologistes. Mulhall raconte qu'une jeune femme affectée d'une lésion primitive du sinus sphénoïdal était atteinte de céphalalgie depuis environ seize ans. A. B. Trasher a observé un cas similaire chez un pensionnaire d'un asile d'aliénés, atteint d'une douleur frontale intense et d'un catarrhe nasal invétéré.

A part ces troubles psychiques graves d'après lesquels un rhinologiste aurait tort de se hasarder à diagnostiquer une sinusite sphénoïdale, il appert de la longue et intéressante discussion dont nous venons de parler qu'on ne connaît pas encore actuellement les signes caractéristiques de la sinusite sphénoïdale, sans doute à cause de leur rareté et surtout parce qu'elles ne sont presque jamais indépendantes, mais pour ainsi dire constamment consécutives à des affections des cellules ethmoïdales.

Schech a essayé de nous démontrer dans un tableau symptomatologique la façon dont le sinus sphénoïdal est attaqué, mais je ne me ferais pas à un guide aussi peu sûr, d'autant que la majeure partie des symptômes qu'il énumère sont communs aux lésions de l'ethmoïde.

Il est vrai que la céphalée tenace, les vertiges, la cécité, la paralysie oculaire, l'érosion de la carotide ou d'autres vaisseaux, la thrombose, la méningite et l'abcès cérébral, se présentent fréquemment au cours de lésions sphénoïdales en raison de la proximité d'importantes fissures osseuses, mais il serait absolument inutile de baser là-dessus le diagnostic de la sinusite sphénoïdale, car au moment où on l'établirait, toute intervention opératoire deviendrait superflue.

Dans les affections sphénoïdales, il faudrait faire le diagnostic à temps pour conjurer les complications intra-crâniennes et améliorer les chances opératoires. Par malheur, nous sommes à court de signes caractéristiques et de moyens pour

diagnostiquer les altérations du sinus sphénoïdal et nous sommes forcés d'avouer que c'est généralement à l'amphithéâtre que nous reconnaissons les lésions de cette nature.

En effet, les sinusites sphénoïdales sont presque toujours mortelles, et R. Dreyfuss, de Strasbourg, donne une statistique de ces affections qui entraînent des complications intra-crâniennes ; il en tire les conclusions suivantes :

1° L'infection intra-crânienne, d'origine sphénoïdale, se produit soit par la perforation de la paroi osseuse, soit le plus fréquemment à travers le diploë de cette paroi.

2° Cette infection à travers l'os non perforé advient par le développement d'un phlegmon sous-muqueux qui dénude l'os et transforme la muqueuse libre en un sac fluctuant au milieu de la cavité suppurante.

3° La complication intra-crânienne la plus commune est la thrombo-phlébite du sinus caverneux qui peut gagner les autres sinus.

4° Ensuite, nous citerons pour la fréquence la méningite basilaire qui peut atteindre la surface de l'encéphale.

5° Puis la collection purulente, soit extra-durale occupant la selle turcique, soit intra durale dans le plan moyen du crâne.

6° Jusqu'ici l'abcès cérébral n'a jamais été opéré dans ces conditions ; une seule fois on a noté un foyer d'encéphalite au niveau du lobe occipital.

Les complications intra-crâniennes d'origine sphénoïdale, faisant brusquement irruption au centre de la base du crâne, sont au-dessus de nos ressources chirurgicales.

Mais devant la gravité des lésions endo-crâniennes se manifestant au cours des sinusites sphénoïdales abandonnées à elles-mêmes, nous appelons sur ce sujet l'attention des rhinologistes, afin qu'ils cherchent les moyens les plus adaptés à la reconnaissance de cette forme de sinusite.

Actuellement, seule la voie indirecte nous permet le diagnostic probable des sinusites sphénoïdales lorsque nous avons pu exclure définitivement les accidents ethmoïdaux et frontaux. Si alors nous trouvons du pus dans la fissure olfactive et la voûte naso-pharyngienne, que la rhinoscopie nous dé-



cèle une tumeur saillante et que la sonde introduite à travers la moitié du cornet moyen atteigne l'os rongé à une profondeur de 8 centimètres du nez, nous aurons tout lieu de soupçonner une lésion du sinus sphénoïdal.

Je crois aussi que la radiographie progressera au point de rendre tous les autres procédés diagnostiques inutiles, bien qu'Edmond Meyer, dans un récent article sur les *rayons Roentgen en rhino-laryngologie*, ait déclaré que la radiographie ne permettait pas encore de reconnaître les modifications pathologiques de ce sinus.

Il me semble qu'on n'éprouverait pas grande difficulté avec une certaine habileté et de nombreux moyens de contrôle à déterminer exactement la présence d'une sonde introduite dans chaque sinus et à distinguer dans lequel elle pénètre en cas de diagnostic douteux.

Tout en exprimant de nouveau l'espoir que nous ne soyons pas trop éloignés du moment où les sinusites sphénoïdales seront aussi connues que les lésions des autres sinus, j'émettrai deux conclusions à propos de mon observation :

1° Il est nécessaire de diagnostiquer et d'opérer au plus vite la sinusite sphénoïdale, si l'on veut soustraire les malades à des complications intracrâniennes fatales; fait corroboré par tous les cas rapportés et dont j'ai peut-être retardé l'accomplissement par une intervention opportune précoce.

2° Quand on suspecte une sinusite sphénoïdale, il faut s'assurer au plus vite de sa nature pyogénique ou néoplasique, ces deux formes pouvant affecter le même aspect symptomatologique.

Pour expliquer comment dans mon cas le fibro-sarcome est resté stationnaire durant trois années environ sans gagner les régions voisines et ne s'est pas reproduit immédiatement après l'opération, la seule hypothèse admissible est que la prédominance du tissu fibreux a rendu le néoplasme relativement bénin et moins envahissant, sans compter qu'une cavité osseuse formée aux dépens de la muqueuse du revêtement a trouvé dans la résistance de ses parois une barrière difficile à surmonter.

## BIBLIOGRAPHIE

- BERGER et TYRMAN. — Die Krankheiten der Keilbeinhöhlen und des Siebbeinlabyrinthes und ihre Beziehung zu Erkrankungen des Gehörganges (Wiesbaden, 1886).
- BRESGEN. — Critique du travail de Berger et Tyrman. (*Deuts. Med. Woch.*, n° 17, 1887).
- HERYNG. — Traitement de l'empyème de la cavité sphénoïdale (Congrès Intern. d'Otol. et Lar. Comptes rendus, p. 186, Paris, 1889).
- ROLLAND. — Dilatation des sinus sphénoïdaux par accumulation et rétention du liquide ; obstruction des arrière-fosses nasales (*Rev. de Lar.*, n° 14 ; Juillet 1889 et *Bull. de la Soc. Franc. d'Otol.*, 1889.)
- E. BERGER. — La chirurgie du sinus sphénoïdal (O. Doin, éditeur, Paris 1890.)
- V. COZZOLINO. — Gli strumenti e la tecnica chirurgica pei seni nasali, frontali, mascellari, etmoidali e sfenoidali (*Boll. dell' Mal. dell'Orecchio*, n° 6, 1891).
- KAPLAN. — Le sinus sphénoïdal comme voie d'infection intra-crânienne et orbitaire (*Thèse de Paris*, 1891.)
- M. SCHARFFER. — Ueber acute und chronische Erkrankungen der Keilbeinhöhlen (*Deuts. Med. Woch.*, p. 905, 9 octobre 1890 ; G. Thieme, éditeur, Leipzig, 1892).
- R. DREYFUSS. — Die Krankheiten des Gehirns und seiner Adnexa im Gefolge von Nasenerkrankungen (G. Fischer, éditeur, Iena, 1896).
- G. SPIESS. — Contribution à la chirurgie du sinus sphénoïdal (*Arch. f. Lar. u. Rhin.* Vol. VII, fasc. 1).
- F. H. BOSWORTH. — A case of suppurative ethmoid disease followed by invasion of the sphenoidal sinus, abscess of the brain and death (Transactions of the 17th annual Meeting of the American Laryngological Association, p. 71, New-York, 1896).
- W. C. PHILLIPS. — Rhinite atrophique avec ouverture sphénoïdale (Académie de médecine de New-York, séance du 24 mars 1897).
- GLEITSMANN. — Ouverture du sinus sphénoïdal (Académie de Médecine de New-York, séance du 22 avril 1896).
- DUNDAS GRANT. — A case of frontal headache depending upon sphenoidal sinus disease (*British. Lar. Rhin. and Otol. Assoc.*, 1897).
- J. H. BRYAN. — A further contribution to the study of suppurative disease of the accessory sinuses, with report of cases (*Ibid.*, p. 89).
- M. GALLET. — Les opérations préliminaires et temporaires dans la chirurgie de la tête et du cou (*Annales de la Soc. Belge de Chirurgie*, n° 6, juin 1900).

## CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES OTORRHÉES CHRONIQUES PAR LES VOIES NATURELLES

Par **P.-J. MINK**, de Zwolle (Hollande).

Les otologistes préconisent divers médicaments pour le traitement des otorrhées chroniques par les voies naturelles. Le nombre des substances recommandées va toujours croissant, cela s'explique quand on pense à la quantité d'otorrhées rebelles à toute thérapeutique.

Depuis longtemps on a reconnu que les conditions anatomiques sont les facteurs principaux de ces échecs. La caisse avec son contenu forme une cavité très irrégulière même à l'état normal ; le gonflement des parties molles, les déplacements et adhérences des osselets, l'accumulation des sécrétions, bref, tous les accidents accompagnant l'otorrhée chronique, compliquent la situation.

On ne s'étonnera donc pas qu'une poudre médicamenteuse, insufflée par un trou dans la membrane du tympan, n'atteigne que certaines régions de la caisse. Toute otorrhée, qui a son siège hors de ces parties, ne peut être influencée qu'indirectement par les poudres. Cette action indirecte n'est pas à dédaigner ; la poudre absorbe les sécrétions, et, liquéfiée s'écoule dans le conduit externe. Les parties malades, ainsi débarrassées des sécrétions irritantes, reviennent aisément à l'état normal. C'est alors une sorte de drainage qu'effectue indirectement la poudre médicamenteuse. A ce point de vue, seules les propriétés physiques du médicament ont de la valeur ; uniquement les parties de la caisse, entrant directement en contact avec la poudre, peuvent être influencées chimiquement. Il se peut qu'une substance absolument anodine au point de vue

chimique, telle que la poudre de charbon, préconisée par Neumann, donne encore de bons résultats, mais une partie des otorrhées chroniques résiste à ce traitement.

Un liquide, instillé dans le méat, n'atteindra pas non plus tous les parties de la caisse, même s'il existe une perforation assez étendue de la membrane du tympan. En dehors de la portion sise directement en arrière de la perforation et d'une région restreinte, la caisse se trouve à l'abri du liquide. L'air contenu dans la cavité s'oppose à l'intrusion du médicament tant qu'il ne peut s'échapper. Or, en instillant un liquide dans le conduit, on enferme en même temps l'air dans la caisse. Il se peut qu'une petite quantité passe à travers le tampon fluide, mais la plus grande partie de l'air reste emprisonnée.

On ne peut trop compter sur la trompe d'Eustache comme contre-ouverture. Mais si on peut discuter la question de la libre communication entre la caisse et le pharynx dans des conditions normales, c'est invraisemblable dans les cas d'otorrhée chronique. N'oublions pas que la trompe a servi de porte d'entrée à de nombreuses otorrhées, et que ce canal s'engorge par un gonflement léger de sa muqueuse.

Les choses restent en l'état si l'on exerce une pression sur le liquide instillé, soit par refoulement du tragus contre le méat, soit par une insufflation d'air dans le conduit. Qu'arrivera-t-il ?

Quand l'air emmagasiné dans la caisse ne peut s'échapper, il est comprimé. Le liquide pénètre bien un peu plus profondément dans la cavité, mais il est repoussé par l'air se détendant aussitôt que la pression cesse.

Il se peut aussi qu'une partie de l'air de la caisse s'échappe par la trompe. C'est alors à l'orifice tympanique de la trompe que la pression de l'air commence à diminuer. C'est aussi de ce côté que le liquide se dirigera en premier lieu. Pendant que la partie antérieure de l'attique se remplit de liquide, la partie postérieure contient de l'air comprimé qui repousse le médicament. Ainsi le liquide peut s'écouler dans le pharynx, pendant qu'une grande partie de la caisse reste complètement à sec. Toute affection siégeant dans cette dernière région, ne

peut donc être influencée par des instillations, sinon indirectement.

A part la forme de la caisse, c'est donc l'air contenu dans cette cavité qui constitue l'obstacle principal au traitement des otorrhées par le conduit externe. On pourrait éluder cet inconvénient en commençant le traitement en arrière, de manière que le liquide en pénétrant chasse l'air par le conduit.

La canule de Hartmann est basée sur ce principe ; le jet d'eau, dirigé dans la région postérieure de la caisse, n'est pas gêné par l'air, qui se trouve plus en avant, c'est-à-dire du côté du méat. Or, ceci ne concerne pas l'air, contenu dans l'antre et les cellules mastoïdiennes, qui se trouve en arrière du liquide injecté et s'oppose ainsi à son intrusion. En tout cas je ne puis admettre que cet instrument nous rende les services que l'inventeur lui attribue par la dénomination de canule pour l'antre (*Antrumröhrchen*). Et même quelques parties de l'attique ne seront pas atteintes par le liquide, car car, pour cette portion de la caisse, le principe d'après lequel le fluide doit pénétrer en arrière de l'air n'est réalisé que partiellement. Seulement, lorsque le jet d'eau atteint le toit de la caisse, l'air peut être chassé complètement. Mais l'eau retombe et creuse la voie d'échappement, de sorte que l'air peut être emprisonné dans d'autres parties de l'attique.

Il va de soi que cet inconvénient est moindre quand l'orifice qui mène dans l'attique est vaste, ou bien s'il y a deux ouvertures, séparées par le marteau rétracté.

Je n'insisterai pas sur les différentes causes qui rendent dans la pratique le procédé inefficace, mais je crois que même dans les cas les plus favorables, certaines régions de l'attique ne seront pas atteintes par le fluide. En somme, la canule de Hartmann est pour nous un précieux instrument, qui peut rendre de très grands services, mais rien ne garantit son action en dehors des parties sises sur le trajet du jet d'eau. Or, fréquemment on ne peut préciser le siège de l'affection. En projetant le liquide dans l'attique par un orifice quelconque du conduit, on ignore si l'on atteint réellement toutes les parties malades.

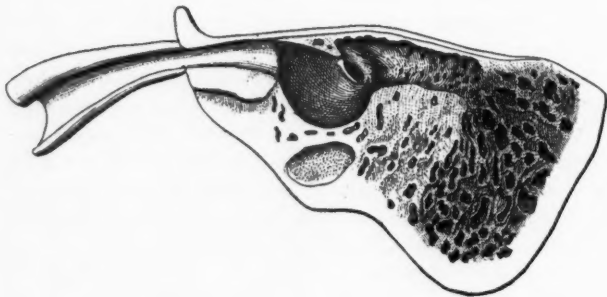
Il n'y a donc rien de surprenant à ce que le traitement mé-

dicamenteux des otorrhées chroniques par la voie du conduit externe ne donne pas toujours un résultat satisfaisant.

Depuis plusieurs années, on a eu l'idée d'utiliser la trompe d'Eustache comme porte d'entrée pour le traitement, tandis que le conduit externe servait de contre-ouverture.

Mon ancien maître, le Prof. Schwartze, de Halle, se donnait beaucoup de mal pour apprendre à ses élèves l'emploi du cathéter pour laver la caisse, procédé que le Prof. Politzer, de Vienne, vante dans son ouvrage. Quand on considère le point de vue anatomique, on reconnaît que cette méthode est tout à fait rationnelle.

La figure ci-jointe, qui représente une coupe verticale an-



téro-postérieure de la caisse, de la trompe d'Eustache et de l'apophyse mastoïde, d'après Tillaux (anat. topogr.) nous en peut convaincre. On voit que le prolongement de l'axe de la trompe passe par la partie supérieure de la caisse et de l'antre dans toute sa longueur.

L'embouchure de la trompe dans la caisse se rencontre à la partie supérieure de la paroi antérieure de cette cavité et surtout sur le prolongement de sa paroi labyrinthique. Si l'on y introduit une bougie, dit Tillaux, celle-ci, longeant la paroi interne de la caisse, passe à l'intérieur de la membrane de la corde du tympan et du manche du marteau ; poussée un peu plus loin, elle pourrait rencontrer l'articulation incudino-sta-

pédiale. Plus profondément encore, la bougie s'engagerait dans les cellules mastoïdiennes, puisque l'orifice de la trompe est précisément en regard de celui qui fait communiquer la caisse avec ces cellules.

Un jet d'eau, chassé à travers la trompe, suivra la même voie que la bougie. L'air dans la caisse ne gênera pas, parce que le fluide, pénétrant en arrière, peut le chasser complètement par le méat. On ne peut en dire autant pour les cellules mastoïdiennes, l'antrum y compris. Si le liquide pouvait s'avancer un peu dans l'apophyse, l'air emprisonné dans l'antrum et les cellules s'opposerait à une intrusion ultérieure. On n'oubliera pas que les osselets se trouvent sur le trajet du liquide et rétrécissent considérablement le passage. En tout cas, quand il s'agit d'une lésion de la partie supérieure de la caisse, la trompe l'emporte de beaucoup sur le conduit externe, comme voie de pénétration.

Néanmoins j'ai renoncé aux lavages de la caisse à travers le cathéter pour les raisons suivantes : Souvent on ne réussit pas à faire pénétrer le bec du cathéter assez loin dans la trompe d'Eustache. Alors la plus grande partie du liquide injecté refluera dans le pharynx, ce qui est très désagréable pour le malade. On cherche à parer à cet inconvénient, en faisant baisser la tête du malade, de façon que le fluide s'écoule par le nez, mais il en reste toujours. De plus, cette position de la tête est défavorable pour l'injection du liquide. Une petite quantité seulement pénétrera dans la caisse si le conduit est assez large. Si le canal est rétréci, et c'est plutôt la règle, le même fait se vérifiera, même si la position du cathéter est bonne. Dans des circonstances aussi favorables que possible, seul un faible courant liquide s'écoule par le conduit. L'action mécanique de ce courant ne peut avoir grande importance, de sorte que l'on admettra plutôt un mouillage qu'un lavage de l'attique. En employant le cathéter modifié, que j'ai décrit dans le numéro de décembre 1900 des *Annales*, on a l'avantage de la situation appropriée du bec de l'instrument dans presque tous les cas. Cependant, on ne peut avoir grande confiance dans l'action mécanique du liquide, qui entre par cette voie dans la caisse.

La situation se modifie quand on fait simplement usage d'un courant d'air. On peut s'assurer par l'otoscope que l'on réussit la plupart des cas à chasser l'air avec assez de force à travers dans l'attique dans le méat. Très probablement le courant d'air se fraye un passage par l'antre et peut-être même par quelques autres cellules mastoïdiennes, du moins partiellement. L'air pénètre plus aisément qu'un fluide dans les recoins et peut ainsi emporter les produits pathologiques en dehors de la caisse. Je crois alors que le courant d'air est préférable au liquide pour nettoyer l'oreille moyenne au moyen du cathéter et que son action mécanique l'emporte aussi bien dans l'extension que dans l'intension.

Comme je l'ai fait remarquer plus haut, on se trouve parfois en présence d'un rétrécissement de la trompe qui, s'il dépend d'un simple gonflement de la muqueuse, est favorablement influencé par l'injection de deux ou trois gouttes d'une solution de cocaïne à 1/20 par le cathéter. Sous l'influence de ce médicament, le dégonflement de la muqueuse ne se fait pas attendre, ce qu'on peut constater facilement à l'aide de l'otoscope. Puis j'instille encore deux à trois gouttes de cocaïne dans le cathéter, pour les faire pénétrer dans la caisse par une forte insufflation. On évitera de faire d'emblée une insufflation trop forte, attendu qu'il s'agit de vaporiser le liquide et de chasser les particules aussi loin que possible dans la caisse.

Il y a lieu de croire que cette manœuvre entraînera le dégonflement de la caisse. Si l'on craint l'effet nocif de la cocaïne à la dose de 15 à 20 milligrammes en cas d'idiosyncrasie, on peut employer une solution de 1 : 500 et même de 1 : 1000 qui, d'après Schnitzler, provoque encore un dégonflement marqué de la muqueuse. Mais on renonce alors à l'action anesthésiante du médicament.

Après la cocaïnisation de la trompe et de la caisse, on peut attendre le meilleur effet mécanique du courant d'air pour le nettoyage. Je me sers dans ce but du ballon double de Lucæ, qui permet d'entretenir un courant d'air continu pendant quelque temps.

L'oreille moyenne peut être débarrassée ainsi de la plus grande partie des sécrétions. Alors on ne peut demander que



d'autres produits inflammatoires plus adhérents suivent le courant d'air. Les germes pathogènes qui pullulent dans toute oreille suppurante ont donc encore l'occasion de s'y établir. Il est alors nécessaire de détacher ces adhérences aussi complètement que possible et de désinfecter les cavités.

Je ne connais aucun moyen répondant mieux à ces exigences, que la solution commerciale de peroxyde d'hydrogène. Cette substance, qui possède de réelles qualités désinfectantes, mise en contact avec les sécrétions laisse échapper des bulles d'oxygène. Celles-ci, se formant après que le liquide a imbibé les sécrétions, sont dans les meilleures conditions pour détacher les particules adhérentes.

Quand on instille quelques gouttes de la solution dans le cathéter, on peut les chasser en nuage dans la caisse, par une insufflation d'air énergique. De cette manière le médicament parvient presque partout où le courant d'air peut pénétrer. En répétant plusieurs fois cette manœuvre, on humecte suffisamment toute la région.

Après un simple lavage de l'oreille à travers le conduit avec un liquide désinfectant, on dessèche la caisse par un courant d'air et le conduit par de l'ouate. Alors on peut considérer la toilette auriculaire comme terminée. Il s'agit ensuite d'attaquer l'ulcération.

Ici on doit distinguer deux tissus différents, le tégument de la caisse et l'os sous-jacent. Au point de vue pratique il vaut mieux parler de tissu mou et dur.

Tant que l'ulcération n'a pas encore envahi le tissu dur, on peut espérer la guérison par des moyens astringents et modificateurs. Si par contre l'os est attaqué, ces médicaments deviennent insuffisants, l'ulcération atteignant l'os à travers le périoste.

Or, l'os mortifié n'est nullement influencé par les astringents. Il faut alors un acide pour dissoudre ces parties mortes, car aussi longtemps que celles-ci subsistent, il ne peut être question de guérison complète. Dans le cas de corps étrangers, ils causent une hyperémie des parties adjacentes et font échouer toutes les tentatives pour supprimer l'inflammation.

Parmi les divers acides pouvant remplir notre but, l'acide trichloracétique me semble préférable. Sur les tissus mous, ce

médicament exerce une action caustique puissante, ou bien astringente pour les faibles solutions. Okuneff nous enseigne qu'une cautérisation avec cet acide exerce une action stimulante sur les parties saines voisines, de sorte que d'anciennes perforations de la membrane du tympan peuvent se fermer après son application. Et, de plus, ce qui est le point capital, il dissout facilement les sels de chaux, qui forment la partie dure de l'os.

Comme véhicule pour ce médicament, j'ai adopté une solution de sozoiodol de soude dans de la glycérine à 1 : 10. Cette solution m'a donné d'excellents résultats dans les catarrhes chroniques du nez et du pharynx. Depuis longtemps je l'ai substituée aux solutions de Mandl. Je crois que notre solution a la même influence sur la muqueuse que celles de Mandl mais elle est préférable en raison de ses qualités physiques (couleur, goût, odeur). Nous attendons aussi de notre véhicule une influence modificatrice sur les tissus mous affectés.

Je conserve l'acide liquéfié par contact avec de l'air humide, et le véhicule séparément en réserve. On aura soin de ne pas exposer la solution sozoiodolée à l'influence de la lumière du jour, parce qu'à la longue, il se produirait une décomposition chimique, et formation de poudre libre qui colore le liquide.

Je prépare chaque fois mon médicament en faisant tomber l'acide goutte à goutte dans une certaine quantité du véhicule. Ainsi je puis constituer une solution plus ou moins concentrée selon mes besoins. On peut aussi garder en réserve quelques solutions de 1 %, 3 % et 5 %.

Quand on se trouve en présence d'une otorrhée rebelle, fétide, je n'hésite pas à employer d'emblée la solution à 5 %. Avec l'aide de la cocaïne, l'insufflation de quelques gouttes par le cathéter ne cause point de douleur dans la trompe, ni dans la caisse. Seulement quand des particules s'échappent du côté du pharynx ou du larynx, des sensations désagréables sont accusées ; une toux spasmodique peut venir troubler le malade et son médecin. Pour cette partie du traitement, il est de rigueur que le bec du cathéter soit enfoncé aussi loin que possible dans la trompe. Mon cathéter modifié est spécialement adapté à cet usage.

J'instille à deux et même à trois reprises cinq à six gouttes de solution dans le cathéter (caoutchouc dur ou argent) et les chasse par une insufflation d'air dans la caisse. Je fais suivre un courant d'air continu avec le ballon double pour disperser davantage le médicament, et précipiter le superflu jusque dans le conduit. Souvent on constate par la suite une coloration blanchâtre de quelques parties de la caisse, visibles par le méat, qui décèle l'action caustique de l'acide trichloracétique.

Quelquefois j'ai observé ainsi à travers une perforation de la membrane de Shrapnell, que la tête du marteau était atteinte par le médicament, même du côté qui regarde l'antre. On peut donc avoir confiance dans notre procédé, pour le traitement des affections des osselets entraînant fréquemment la suppuration chronique de l'oreille.

En ce qui concerne les cavités situées en arrière des osselets, on n'est pas assuré qu'elles seront influencées *par le médicament*. Nous avons lieu de croire que quelques particules seront transportées par le courant d'air, jusque dans l'antre, mais cela ne suffit pas à provoquer une action thérapeutique. On n'oubliera pas que le médicament vaporisé s'abat sur les corps qu'il rencontre, tandis que l'air seul prend des détours. C'est dans cet ordre d'idées que je conseille d'insuffler une quantité relativement élevée (deux à trois fois cinq à six gouttes) dans l'attique. On peut espérer que les particules du médicament conflueront partiellement en arrière des osselets. Là, le courant d'air peut les rejoindre et les transporter directement plus loin du côté de l'antre.

On peut porter plus sûrement une quantité du médicament en arrière des osselets, avec la canule de Hartmann. C'est en arrière du manche du marteau que se trouve, dans la plupart des cas, la porte d'entrée la mieux appropriée à cet instrument. Généralement on sera satisfait, si l'on peut introduire le bec de la canule jusque dans l'embouchure inférieure du trou, aboutissant à la région postérieure de l'attique, car il suffit d'un jet, dirigé perpendiculairement en haut de l'orifice, atteignant la région de la tête du marteau et du corps de l'enclume. Quelques gouttes de notre solution glycerinée peuvent adhérer aux anfractuosités. Un courant

d'air consécutif entrant par le cathéter, les repoussera en arrière dans la direction de l'antre. Une partie sera précipitée aussitôt dans le conduit, tandis qu'une autre partie sera emportée par le courant, pénétrant en tourbillon plus ou moins profondément dans l'antre.

Lorsque je soupçonne que la guérison se fait attendre en raison d'une lésion de la région postérieure de l'attique et de l'antre, j'emploie ce traitement combiné. En général, on peut se passer de l'adjonction de la canule.

Notre procédé me semble plus simple, plus sûr et moins douloureux que le lavage et le traitement par la canule, préconisé par Hartmann et par conséquent il réussit mieux chez les enfants ou les sujets nerveux.

J'ai adopté comme règle, la cocaïnisation de la voie à suivre par le cathéter au moyen de fils de cuivre rouge, de 1 millimètre de diamètre et de 2 décimètres de long. L'un des chefs du fil est limé jusqu'à 2 centimètres de l'extrémité, de manière qu'un bourdonnet d'ouate puisse y être adapté. Après avoir courbé d'un coup de ciseaux le cathéter, on replie l'autre extrémité du fil de façon à former une espèce de ganse nous servant de pavillon et de manivelle.

Après avoir trempé l'ouate dans une solution de cocaïne au 20<sup>e</sup> on manie le fil armé comme un cathéter. Ainsi le passage de l'instrument est anesthésié avec une quantité minime de cocaïne.

On obtient une tolérance à peu près absolue, de sorte qu'on peut l'appliquer à plusieurs reprises même chez de petits enfants. On n'en peut dire autant de la canule de Hartmann, surtout quand il s'agit de malades nerveux.

Il suffit généralement de traiter les otorrhées chroniques par notre procédé, deux fois par semaine. On peut supposer que le médicament, introduit de cette manière dans l'attique, ne sera emporté par les sécrétions qu'après un certain laps de temps. J'ai même pris l'habitude de n'instituer le traitement que tous les quatre, cinq et même sept jours, si je me trouve en présence d'une otorrhée avec sécrétion faible; mais on ne peut poser de règles absolues. On se laissera guider, dans chaque cas, par les symptômes concomitants. J'utilise ces

fil de cuivre, depuis quelques années, pour le traitement de la cavité naso-pharyngienne à travers le nez et je ne saurais m'en passer. Je les tiens en réserve, immergés dans l'alcool, ce qui garantit leur asepsie au moment où on les garnit d'ouate. La fétidité mérite spécialement notre attention, parce que je la crois liée à l'affection osseuse la plupart du temps.

Plusieurs fois j'ai vu que des granulations ayant récidivé plusieurs fois après le traitement par le conduit, disparaissaient rapidement par notre traitement. Néanmoins, je crois qu'il ne faut pas négliger l'ablation ou la cautérisation de ces tumeurs par la voie du conduit.

Je ne rapporterai pas d'observations, les modifications pathologiques entraînant l'otorrhée nous étant presque toujours partiellement inconnues. L'explication des effets thérapeutiques est alors trop souvent subordonnée à l'impression du médecin. Je me bornerai donc à préconiser chaleureusement mon procédé, parce qu'il a grande chance de réussir lorsque tout autre procédé a échoué. De plus, le processus pathologique est attaqué en premier lieu du côté où sa propagation est le plus redoutable, c'est-à-dire du côté du toit de l'attique. Cette raison nous rapproche de ceux qui n'attendent de salut que d'une opération, et qui, non sans raison, objectent à un traitement conservateur prolongé, qu'il permet au processus pathologique de mettre la vie en danger. Quelquefois j'ai été frappé, après notre traitement, du bon résultat fonctionnel relatif. C'est une raison de plus pour ne pas recourir trop tôt à l'excision des osselets, opération qui me semble très rationnelle dans certains cas.

On n'oubliera pas qu'en même temps que la caisse, la trompe est traitée dans toute sa longueur, d'une manière intensive, par notre procédé. Ainsi j'ai pu constater plusieurs fois, qu'après quelques séances, le courant d'air et les liquides pénétraient beaucoup plus facilement dans la caisse.

J'insiste encore une fois sur le fait que l'insertion profonde du bec du cathéter dans la trompe est indispensable pour l'application de notre procédé. Cet instrument dans sa forme actuelle ne me satisfaisait pas et c'est pourquoi je me suis

trouvé dans la nécessité de chercher une forme plus appropriée.

Voici, en résumé, notre méthode :

1° Cocaïnisation (5 %) de la voie suivie par le cathéter à l'aide d'un fil de cuivre armé d'ouate.

2° Introduction du cathéter.

3° Cocaïnisation de la trompe (deux à trois gouttes).

4° Cocaïnisation de la caisse après dégonflement de la trompe (deux à trois gouttes).

5° Courant d'air continu (ballon double) pour chasser les sécrétions dans le conduit.

6° Insufflations répétées de cinq à six gouttes de peroxyde d'hydrogène à travers le cathéter.

7° Lavage de l'oreille par le conduit.

8° Courant d'air continu pour assécher la caisse. Assèchement du conduit avec de l'ouate.

9° Insufflation à deux ou trois reprises de cinq à six gouttes de la solution sozoiodolée trichloracétique (1-5 % selon le cas).

Il est plus pratique encore d'ajourner le lavage et le dessèchement du conduit jusqu'à la fin, mais alors on s'expose à ce que quelques gouttes de liquide restent dans la caisse, ce qui est à craindre.

---

## VII

### PSÉUDO-HÉMOPTYSIES D'ORIGINE NASO-PHARYNGIENNE

Par **RICARDO BOTEY**, de Barcelone <sup>(1)</sup>.

Dans l'espace de dix ans, j'ai observé une vingtaine de cas de ce genre et je suis étonné que l'on n'ait pas insisté suffisamment sur cette si fréquente cause d'hémorragie buccale, qui alarme les malades et désoriente si souvent le médecin et même le spécialiste, sur le point de départ de ces effusions sanguines.

Je ne prétends pas résumer ici toutes les observations que j'ai recueillies sur cette question, me réservant de les décrire dans un travail plus complet que je publierai ultérieurement.

Si on consulte la littérature spéciale, comme je viens de le faire, on trouve très peu de renseignements sur ce sujet. Gottstein, qui, d'ailleurs, n'admet pas la *laryngite hémorragique* comme entité morbide, mentionne la laryngite sèche comme cause d'hémorragie du larynx, mais ces hémorragies sont en somme rares et jamais elles n'acquièrent une certaine importance au point de simuler une hémoptysie, même légère.

Naturellement, on exclura les cas où une plaie ou ulcération spécifique, une tumeur maligne ou un traumatisme, peuvent provoquer une hémorragie. Ils sont très rares, et malade et médecin savent d'avance depuis plus ou moins longtemps à quoi s'en tenir. Morell-Mackenzie passe sous silence ces hémorragies des premières voies respiratoires. Lennox-Browne considère l'hémorragie du larynx comme un accident exceptionnel

(1) Communication au XIII<sup>e</sup> Congrès International de Médecine, Paris, 2-9 août 1900.

en dehors d'une cause traumatique, ulcéreuse, ou des efforts de toux dans la laryngite sèche ; mais même dans ces derniers cas, l'hémorragie est insignifiante et toujours précédée d'un enrouement plus ou moins accentué. E. J. Moure admet l'hémorragie laryngée comme conséquence d'une congestion intense de la muqueuse chez les hémophyliques, les névropathes et comme supplémentaire chez la femme, mais elle est toujours minime. Des cas de ce genre ont été observés par Navratil, Fränkel, Sommerbrodt, Schnitzler, Stepanow, Strubing, Garel, Ruault, Gleitsmann, Eitelberg, Morgan, mais en somme on les cite comme des raretés et l'examen laryngoscopique tranche immédiatement la question. Compairé a observé un cas d'hémorragie assez abondante consécutive à une laryngite grip-pale.

Joal dans un article intitulé : « Hémorragies de l'amygdale linguale et hémoptysies », inséré dans le n° du 1<sup>er</sup> juin 1898 de la Revue du Dr Moure, insiste sur le rôle que joue l'hypertrophie amygdalienne baso-linguale dans certains écoulements sanguins des premières voies respiratoires. Il mentionne à ce propos trois observations très instructives ; l'hémorragie provenait de la rupture de vaisseaux capillaires préalablement dilatés par les progrès de l'hypertrophie.

Le Dr Manou nous apprend dans sa thèse (Bordeaux, 1886) que des erreurs de diagnostic peuvent être commises dans les cas de varices hémorrhagiques, siégeant à la base de la langue.

Le Dr Ruault, dans l'article « Maladies de la cavité buccale » du *Traité de Médecine* publié sous la direction de Charcot et Bouchard, affirme que les hémorrhagies buccales sont assez rares ; elles se produisent presque constamment au niveau du sillon gingivo-dentaire et on les observe chez les hémophyliques, dans le scorbut et parfois aussi au cours de la leucémie et du diabète.

Tous les auteurs sont d'accord pour conclure que, en dehors des traumatismes accidentels ou opératoires, des tumeurs ulcérées, du scorbut, du purpura, de l'hémophilie et des formes dites « hémorrhagiques » de quelques autres maladies infectieuses, les hémorrhagies du pharynx buccal sont exceptionnelles.



Elles peuvent cependant se produire à la suite d'une poussée congestive du pharynx, ou d'efforts de vomissements et de toux.

Ruault dans l'article « maladies du pharynx » (*Traité de Médecine de Charcot-Bouchard*) page 45, dit enfin que *les hémorrhagies du pharynx nasal se produisant au niveau de l'amygdale pharyngée rétro-nasale, sont beaucoup plus fréquentes*, mais il n'insiste pas sur les causes et la symptomatologie de ces effusions sanguines naso-pharyngiennes.

On voit donc, d'après la littérature, que les hémorrhagies des premières voies respiratoires et digestives (à part l'hématémèse et l'épistaxis dont il ne peut être question ici), pouvant simuler une hémoptysie, se réduisent à quelques cas d'hémorrhagie du larynx et à la rupture des vaisseaux variqueux de l'amygdale linguale.

Ceci dit, il semblera peut-être hasardeux que j'ose affirmer que presque toujours, quand un malade crache le sang, l'examen de la poitrine étant absolument négatif, la cause de ces fausses hémoptysies réside dans la cavité rétro-nasale. On rira peut-être si je dis que très rarement le larynx et l'amygdale linguale sont en cause, et que l'origine nasale de ces prétendues hémoptysies est de suite reconnue, même par le malade qui ne se trompe guère dans ces cas-là. J'ignore si mes confrères ont été souvent consultés par des malades crachant du sang par la bouche en pleine santé et chez lesquels les médecins n'avaient rien trouvé à la percussion ni à l'auscultation, non plus que dans les antécédents du malade pour expliquer ces hémorrhagies.

Quant à moi, dans presque tous les cas de ce genre je n'ai absolument rien observé sur le pharynx buccal, la base de la langue, la cavité laryngienne ou les fosses nasales. J'ai uniquement remarqué assez souvent que le sang, d'ailleurs en quantité modérée ou infime, coulait le long de la paroi postérieure du pharynx derrière le voile du palais.

Je vais rapporter brièvement quelques observations récentes.

I. — Lorenzo T... 33 ans, examiné le 5 juin 1899. Il expectore du sang par petites gorgées, tous les trois ou quatre jours depuis

six mois. Pharyngite chronique légère avec paresthésie pharyngée et hypertrophie de l'amygdale linguale. L'attouchement du naso-pharynx avec le porte-ouate provoque une hémorrhagie abondante. Extirpation de la troisième amygdale. — Guérison.

II. — Baldomero J... 29 ans... 4 août 1899. Expectorations sanguinolentes depuis cinq ou six jours. Rhinite atrophique propagée au pharynx. Par la rhinoscopie postérieure j'observe sur divers points de la cavité naso-pharyngienne de petites croûtes noirâtres, qui saignent au plus léger contact du stylet. Sur la paroi postérieure du larynx, tache linéaire de sang qui disparaît avec le pinceau. Le porte-ouate en touchant le pharynx nasal provoque une hémorrhagie. Lavages du *cavum*, pulvérisations d'huile mentholée. Guérison.

III. — Vicente D... 24 ans, médecin. Hémorrhagies buccales modérées depuis quinze jours. 1<sup>er</sup> décembre 1899. Rien dans les fosses nasales, le pharynx buccal, le larynx, ni la base de la langue. L'attouchement du rhino-pharynx détermine une hémorrhagie. Badigeonnages avec de la glycérine à 1/3<sup>e</sup>, pulvérisation d'huile mentholée. Guérison.

IV. — Joaquín P... 41 ans, 9 janvier 1899. Pharyngo laryngite subaiguë, avec expectorations sanguinolentes matinales qui alarment le malade. En comprimant le bord alvéolodentaire des gencives il sort du sang. L'attouchement du naso-pharynx produit le même effet. On brosse les gencives avec des poudres astringentes. Ergotine. Pulvérisation rétro-nasale de perchlorure de fer. Guérison.

V. — Fortunat T... S... 43 ans. 23 avril 1900. Expectorations sanguinolentes depuis huit jours. Rien aux fosses nasales, au larynx, pharynx buccal, etc. Le contact du stylet sur le naso-pharynx provoque l'hémorrhagie. Glycérine au 3<sup>e</sup>. Pulvérisation d'huile mentholée. Guérison.

VI. — Remedios T... 50 ans. 9 mai 1900. Asthme bronchique depuis deux ans. Suppression et retards menstruels, coïncidant avec des hémorrhagies buccales et des quintes de toux. Les crachats mêlés avec les mucosités des bronches simulent une bronchorrhagie.

Les attouchements du *cavum* avec le porte-ouate humide et sec démontrent l'origine naso-pharyngienne de l'effusion sanguine. Glycérine. Pulvérisations d'huile mentholée. Guérison.

C'est toujours à peu près la même histoire : Un malade qui tousse à peine et s'aperçoit que ses crachats sont striés de sang.

L'examen des fosses nasales, du pharynx buccal, de la base de la langue, du larynx et de la poitrine est négatif. Si on assiste à ces hémorrhagies on voit le sang sourdre derrière le voile du palais le long de la partie latérale de la paroi postérieure du pharynx. Si on promène un porte-ouate coudé à angle droit sur la voûte pharyngienne on détermine assez souvent l'hémorrhagie ; dans tous les cas le coton est fortement teinté de sang.

D'ailleurs, *a priori*, il est facile de présumer que le naso-pharynx puisse être, comme l'extrémité antéro-inférieure de la cloison nasale, le point de départ d'hémorrhagies. La muqueuse du *cavum* est fortement adhérente à l'apophyse basilaire et au sphénoïde, depuis le bord supérieur de la première vertèbre cervicale jusqu'à l'extrémité supérieure des choanes. La couche fibreuse sous-jacente est intimement unie au périoste et à la muqueuse, et les follicules glandulaires toujours plus ou moins disséminés sur la voûte du pharynx, en dehors de la troisième amygdale formant des saillies papillaires très fragiles qui contiennent une anse vasculaire. En outre, la glande de Luschka n'est pas renfermée dans une capsule, son tissu conjonctif se continue avec celui de la muqueuse voisine. Elle est pour ainsi dire superposée à la muqueuse, mal protégée par une couche très mince d'épithélium à cils vibratils qui se détache au moindre frottement, laissant à nu les vaisseaux sanguins.

On comprend donc que, comme sur l'extrémité antéro-inférieure du *septum*, de petites érosions inflammatoires puissent donner lieu à des hémorrhagies et que des croûtes sanguinolentes, bouchant momentanément les petits orifices des vaisseaux, arrêtent le suintement sanguin. Mais comme la cavité est large et rigide, ses parois ne pouvant se mettre en contact, ces croûtes hémostatiques, séchées par le courant d'air, tombent facilement, découvrant l'ouverture capillaire des vaisseaux sanguins, surtout quand il s'agit d'adultes chez lesquels l'amygdale pharyngienne est atrophiée, le *cavum* plus vaste, et fréquemment affectés de catarrhe rétro-nasal.

Enfin, quelle que soit l'origine assignée à ces hémorrhagies rétro-nasales simulant une hémoptysie, elles sont excessive-

ment fréquentes, comparativement à celles de la base de la langue, du larynx, etc.

Il paraîtra peut-être extraordinaire qu'on ne les ait pas observées aussi souvent jusqu'ici. Je crois que cela tient à ce que l'on ne les a pas cherchées, le rhino-pharynx n'étant pas aussi aisément accessible que les fosses nasales et le larynx, il faut souvent anesthésier le voile pour se servir du crochet mousse dans la rhinoscopie postérieure et, en outre, le sang coulant le long du pharynx tombe sur le larynx et la base de la langue, provoque la toux et les crachats non teintés de sang et si l'on observe par-ci par-là, sur la quatrième amygdale ou à l'intérieur du vestibule du larynx, quelques traînées sanguinolentes, quelques croûtes desséchées, on croit qu'elles sont l'indice d'une hémorrhagie locale, malgré que l'on n'ait pas vu sourdre le sang, tandis qu'on avait le miroir en main.

Enfin, j'ai assez souvent remarqué dans ces cas d'hémorrhagie rétro-nasale pseudo-hémoptoïque, en effectuant la rhinoscopie postérieure, de petites croûtes noirâtres collées sur l'amygdale de Luschka, plus fréquemment encore sur la voûte du pharynx, entre celle-ci et la fossette de Rosenmüller, et voulant savoir à quoi m'en tenir sur le point de départ de ces hémorrhagies, j'ai immédiatement promené la pointe d'un stylet sur toute la surface des premières voies respiratoires, en commençant par la muqueuse des fosses nasales, puis sur la base de la langue, l'épiglotte, les aryténoïdes, le vestibule du larynx et, en dernier lieu, sur la paroi postérieure du voile, les choanes, les orifices pharyngiens des trompes et la fossette de Rosenmüller, sans le moindre résultat. Ce n'est qu'en touchant les petites croûtes de la voûte pharyngée que j'ai vu se reproduire toujours, ou presque toujours l'hémorrhagie, me rendant ainsi à l'évidence de son origine naso-pharyngienne.

*Conclusions.* — 1° La littérature spéciale n'insiste pas suffisamment sur les pseudo-hémoptysies d'origine rhino-pharyngienne.

2° On observe quelquefois des hémorrhagies du larynx, de la base de la langue et du pharynx buccal qui peuvent simuler une hémoptysie, mais à part leur peu de fréquence comparativement aux hémorrhagies de la voûte pharyngée,

la cause en est de suite reconnue à l'examen laryngoscopique.

3° A mon avis, on peut presque toujours admettre, quand un malade crache le sang, l'examen de la poitrine étant absolument négatif, une origine rétro-nasale, bien plus rarement le larynx et l'amygdale linguale sont en cause.

4° Si par hasard on assiste à ces hémorrhagies on voit le sang sourdre le long de la paroi pharyngienne, derrière le voile du palais. Si après cessation du suintement sanguin on promène un porte-ouate à l'intérieur du *cavum* on reproduit instantanément l'hémorrhagie.

5° La muqueuse de la voûte pharyngienne, fortement adhérente au périoste et parsemée de follicules clos fragiles et vasculaires, mal protégés par un *épithélium* grêle, favorise ces hémorrhagies.

6° On peut facilement obtenir la preuve de l'origine naso-pharyngienne de ces hémorrhagies en promenant impunément la pointe d'un stylet sur les points du pharynx buccal, de la base de la langue, du larynx et des fosses nasales, et même, sur les choanes, la paroi postérieure du voile, les trompes et la fossette de Rosenmüller, tandis que l'on provoque de suite le suintement sanguin en touchant *la voûte du pharynx*, surtout quand, aidé du miroir rhinoscopique, on touche les quelques petites croûtes sanguines desséchées, que l'on rencontre fréquemment dans ces cas aux environs de l'amygdale pharyngienne.

---

## VIII

### QUELQUES MOTS SUR MES NOUVELLES CANULES A TRACHÉOTOMIE

Par **RICARDO BOTEY** <sup>(1)</sup>

J'ai publié dans les *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, etc., un article (février 1899), dans lequel je mis en relief les inconvénients des canules à trachéotomie ordinaires qui consistent en leur brièveté relative et leur courbure totale toujours identique ; l'obstruction de la pointe par des mucosités épaissies et adhérentes ; la lésion des parois de la trachée par le bec de la canule ; les trop grandes dimensions du pavillon ; le mécanisme de fixation de la canule interne, etc., etc., je proposai une foule de petites modifications à ces canules et en indiquai les avantages.

Depuis, j'ai encore perfectionné mes instruments et en particulier ma canule n° 3, la plus couramment utilisée dans la pratique.

En premier lieu j'ai fait dorer la canule externe et le pavillon, ce qui occasionne une dépense insignifiante et préserve le tube de l'oxydation.

Le rayon de courbure de ma canule n° 3 est, comme pour les canules ordinaires, de 4 centimètres. L'épaisseur de son extrémité trachéale, de 11 millimètres ; celle de l'extrémité externe, touchant le pavillon, de 12 millimètres. Mes canules, comme je l'ai déjà dit, sont rectilignes dans leur segment inférieur ; là se termine ordinairement la pointe de la canule, qui est prolongée verticalement et par conséquent parallèlement

(1) Communication au XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine, Paris, août 1900.

aux parois de la trachée, sur une longueur de 13 millimètres pour le n° 3.

Le pavillon est réduit aux dimensions les plus restreintes (16 millimètres de hauteur sur 30 millimètres de longueur) et le tube est inséré au centre. Le pavillon de la canule n'a d'autre objet que de retenir la canule et d'empêcher que celle-ci ne tombe dans le tube trachéal, par conséquent il est inutile qu'il ait de grandes dimensions. En outre, les pavillons ordinaires cachent une partie de la plaie du cou qui ne peut être, de ce fait, pansée convenablement ; ils entravent les opérations laryngiennes (thyrotomie) une fois la canule en place. Chez les malades à cou court et en général chez tous ceux qui conservent le tube pendant longtemps, un petit pavillon ne lèse pas la peau et n'entrave pas les mouvements du cou, le malade s'aperçoit à peine qu'il porte une canule.

J'ai en outre placé le petit crochet qui retient la canule interne sur le côté droit du pavillon. De cette façon il n'est pas souillé par les mucosités et il est plus facile à voir, pour retirer la canule interne et la fixer après son introduction, que lorsqu'il est fixé au dessous de l'ouverture externe.

Le rebord de la portion saillante à l'extérieur de la canule interne, porte, sur une des extrémités de l'échancrure où s'insère le crochet, un cran qui facilite le placement de la canule interne, de manière que le malade, puisse, dans l'obscurité, enlever ou introduire sa canule. De cette façon le malade n'a besoin de personne pour nettoyer sa canule, il peut le faire n'importe où, même dans son lit, en ayant seulement sous la main un peu d'eau et un écouvillon.

Les dimensions de ma canule n° 3 sont appropriées aux adultes de deux sexes. Avec 16 millimètres d'épaisseur du bec de canule on obtient le maximum de prise d'air par le tube, nécessaire au malade et compatible avec le parfait fonctionnement.

Après une série d'essais sur le cadavre et sur le vivant je suis convaincu qu'en général, il ne faut pas dépasser ces dimensions, car plus de 11 millimètres de diamètre de la canule à son extrémité interne et plus de 12 à la périphérie, gênent parfois la déglutition, le tube comprimant alors un peu trop

en arrière la paroi postérieure de la trachée vers l'œsophage.

En outre, ces dimensions sont suffisantes pour que l'air expiré passe entre la canule et les parois de la trachée, quand le malade veut parler, en bouchant momentanément l'orifice externe de la canule. Il est inutile, dans la plupart des cas, de perforer à son centre la partie convexe des canules interne et externe pour faciliter la traction.

Je reconnais à mes canules un seul inconvénient, que je crois presque impossible à vaincre, et qui consiste dans la nécessité de rendre flexible l'extrémité trachéale de la canule interne, car on sait que pour que deux tubes inflexibles puissent s'emboîter l'un dans l'autre, il faut absolument qu'ils soient rectilignes ou qu'ils appartiennent à un segment de circonférence régulière.

Pour obtenir cette flexibilité de la pointe de la canule interne j'ai dû transformer celle-ci en trois tours de spirale de 4 ou 5 millimètres de diamètre, car l'articulation de ce tube interne était sujette à se rompre encore plus facilement et à retenir des mucosités difficiles à faire disparaître. Cette spirale enlève à nos canules la solidité dans les cas où le constructeur n'a pas eu la précaution de les fabriquer avec un argent très mou et peu fragile; si cette condition n'est pas remplie un fragment de canule interne peut choir dans la trachée.

---



## SOCIÉTÉS SAVANTES

XIII<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Paris, 2-9 août 1900.

## SECTION DE NEUROLOGIE (1)

BROSIIUS (Sayn-sur-Rhin). — De l'aprosexie chez les enfants. — L'aprosexie des enfants est :

1<sup>o</sup> Au point de vue psychologique, un trouble de l'esprit, une faiblesse intellectuelle dont le symptôme fondamental est l'incapacité à fixer la pensée sur un objet quelconque, par conséquent, le manque de conception, de reproduction, l'insuffisance de la mémoire, le retard du développement intellectuel.

2<sup>o</sup> Au point de vue anatomique, une obstruction des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, due surtout aux végétations adénoïdes.

3<sup>o</sup> L'embarras de la circulation pulmonaire qui en résulte a pour conséquence une altération nutritive de l'encéphale, une sorte d'auto-intoxication par les produits de déchets de la substance cérébrale.

4<sup>o</sup> Le Prof. Guye, d'Amsterdam, a proposé, en 1887, le terme d'aprosexie pour désigner cet état.

5<sup>o</sup> Le cancre scolaire est le type clinique de l'aprosexie. C'est un mal curable qu'il faut savoir soigner ; aussi la connaissance de l'aprosexie est-elle importante au point de vue de l'hygiène scolaire et de la pédagogie.

*Discussion.*

CHAUMIER répond que les enfants atteints de V. A. peuvent être rangés en deux groupes :

- a) Ceux qui entendent bien et sont intelligents.
- b) Ceux qui sont sourds et qui, par suite, peuvent présenter des troubles intellectuels.

(1) D'après la *Rev. mensuelle des mal. de l'Enfance*, novembre 1900.

# X<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

Paris, 10-17 août 1900.

MICROBIOLOGIE ET PARASITOLOGIE APPLIQUÉES A L'HYGIÈNE <sup>(1)</sup>

LOUIS MARTIN. — **Traitement et prophylaxie de la diphtérie.** —

La simple comparaison entre la mortalité moyenne des cinq dernières années et celle des années qui ont immédiatement précédé la sérothérapie, nous indiquera, mieux qu'un long discours, le nombre de vies qui ont été épargnées grâce au nouveau traitement.

De 1890 à 1894, il y a eu à Paris, chaque année, une moyenne de 1432 décès causés par la diphtérie.

En 1894, où la sérothérapie est employée partiellement, la mortalité n'est plus que de 1008 décès.

Pour les années suivantes, nous trouvons :

En 1895. . . . .	427 décès
» 1896. . . . .	454 »
» 1897. . . . .	300 »
» 1898. . . . .	255 »
» 1899. . . . .	333 »

Ce qui donne une mortalité annuelle moyenne de 354 décès ; la différence entre 1432 et 354 donne le gain dû à la sérothérapie.

Quant au traitement préventif, il peut, dans certains cas, rendre les plus grands services.

Dans les lieux éloignés de tout secours médical, difficilement accessibles, dans les familles nombreuses, où tout isolement est impossible, on doit employer les vaccinations préventives.

L'auteur a mis en pratique ces injections préventives et a vacciné soixante enfants dans un seul village. Pendant trois semaines, tous ces enfants sont restés bien portants. Vers le seizième jour, un seul a été pris de diphtérie moyenne et a guéri. Dans les deux mois qui suivirent les injections préventives, il n'y a pas eu d'autre

<sup>(1)</sup> D'après la *Revue mensuelle des mal. de l'Enfance*, novembre 1900.

malade chez les vaccinés ; il y en a eu six parmi les non-vaccinés.

D'après tous les auteurs qui se sont occupés de la question, le sérum prévient en général pendant trois semaines ; ensuite, si le danger persiste, il est indiqué de renouveler l'injection.

V<sup>e</sup> CONGRES DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE  
DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Naples, 26, 27 et 28 avril 1900.

Compte rendu par le Prof. G. GRADENIGO.

La session fut inaugurée solennellement en présence des autorités dans les locaux de l'Institut d'Hygiène aimablement prêtés par le Prof. de Giaxa. Des discours furent prononcés par le représentant du Prof. Bacelli, M. Manna, le maire de Naples, M. Summonte et le Prof. Masini, président de la Société.

*Membres présents* : MASSEI, FASANO, PROTA, TANTURRI, AJELLO, MASSUCCI, ISAIA, TRIFILETTI, BORGONI et MARTUSCELLI (Naples) ; de ROSSI, EGIDI, FERRERI, ROMANINI, ROSATI et NUOLI (Rome) ; GENTA (Gênes) ; GRADENIGO (Turin) ; GRAZZI (Florence) ; FARACI (Palerme) ; TOMMASI (Lucques), GUARNACCIA (Catane) ; MONGARDI (Bologne).

HEYMANN et FRAENKEL (Berlin) et SCHROETTER (Vienne), prirent part aux séances.

**1. F. MASSEI. — Prophylaxie et traitement de la tuberculose des premières voies respiratoires (Rapport).** — M. relève l'importance du diagnostic précoce de la phthisie laryngée. Deux facteurs principaux rendent ce diagnostic malaisé : l'existence désormais hors de doute de lésions tuberculeuses du larynx cliniquement primitives, et l'évolution parfois insidieuse et lente de ces altérations, qui, permettant aux malades de continuer l'exercice de leur profession, annule, ou peu s'en faut, la surveillance hygiénique exercée sur eux.

L'auteur est d'avis d'abandonner pour les muqueuses la dénomination de *lupus*, qui masque aux profanes la nature véritable du mal.

Les *sanatoria* constituent un mode de traitement idéal, mais vu la fréquence de la tuberculose, on ne pourra jamais y placer tous les phthisiques. La surveillance sanitaire des écoles, des magasins, des laboratoires, des endroits publics, etc. (visite au moment

de l'admission, examen ultérieur des élèves et des employés) s'impose donc. Aussi devra-t-on veiller à l'aération et à la salubrité des locaux, à la distribution des crachoirs, etc.

A ce point de vue, il est nécessaire de compléter l'éducation des masses, et répéter à satiété que l'habitude de cracher par terre est indécente et dangereuse, qu'il faut chercher à réprimer la toux, se couvrir la bouche en cas de quinte, etc.

M. relate ensuite les recherches qu'il a entreprises de concert avec de Giaxa pour étudier la présence éventuelle des bacilles dans les particules humides rejetées durant les expirations profondes. A travers l'orifice trachéal d'un gros chien trachéotomisé, on introduisait, sur la face inférieure des cordes vocales et sur le premier revêtement de la muqueuse trachéale, un peu d'ouate imprégnée d'une culture de prodigieux sur agar, puis on recousait la plaie, et à travers un orifice béant, on stimulait la trachée avec une sonde de manière à provoquer la toux. Insertion d'un fort embout métallique dans la gueule ouverte du chien pour éviter la projection à distance de masses d'un certain volume provenant des voies respiratoires. A 40 centimètres de distance de l'embout on fixait successivement six boîtes de Petri contenant de l'agar nutritif solidifié. Les résultats des diverses séries d'expériences sont à peu près similaires et montrent les effets différents des stimulants en rapport avec l'intensité des quintes de toux, et Massei montre, sur des photographies, le développement prépondérant de colonies de *prodigieux* totalement isolées.

L'auteur aborde ensuite la question des crachoirs, et en préconise deux modèles, l'un pour les salles d'hôpital, l'autre que les malades portent dans leurs poches.

Pour la prophylaxie de la tuberculose des voies aériennes supérieures, M. recommande les pulvérisations de sublimé à 1/1000 ; l'ablation précoce et radicale des adénites et des végétations adénoïdes tuberculeuses, de l'hypertrophie des amygdales palatines, de la tuberculose de la langue, des lèvres et des joues. On tiendra compte aussi des dangers d'infection courus par la famille et les personnes qui entourent ces malades.

Massei croit à la curabilité de la phtisie laryngée lorsque les troubles fonctionnels et les lésions locales sont enrayés.

Mieux que n'importe qui, les laryngologistes peuvent contrôler les transformations de la tuberculose sous l'influence du traitement.

On distingue la cure radicale ou chirurgicale et la thérapeutique symptomatique. Les difficultés techniques et l'impossibilité d'at-

teindre par la voie endolaryngienne les petits foyers disséminés dans l'organe ont mis en honneur la laryngofissure chaudement préconisée par Goris.

Tout en ne condamnant pas cette opération qui peut avoir des indications spéciales, Massei nie qu'elle constitue un mode de traitement ; elle n'empêche pas les récidives, offre du danger et a été encore trop peu pratiquée ; de plus, on obtient la guérison par la thérapeutique endo-laryngienne. Comme cure radicale, M. préférerait la laryngectomie à la laryngotomie. Sans doute cette dernière exerce un effet salulaire sur l'état général, mais on obtient le même résultat par la trachéotomie. Lorsque la dyspnée nous force à intervenir, il vaut mieux trachéotomiser que tuber pour influencer favorablement sur les accidents locaux (repos de l'organe) et sur l'état général (ample distribution d'oxygène). Le diagnostic précoce a une importance primordiale. D'après 30 années d'expérience personnelle, M. conclut que les formes d'infiltrations ulcérées ou non sont secondaires et les végétations primitives ; ces dernières retirent plus de bénéfice du traitement local.

Des pulvérisations alternées d'acide lactique et de sublimé maintiennent l'évolution lente de la maladie, tandis que des manœuvres inopportunes peuvent en précipiter le cours et l'aggraver.

Aux injections interstitielles d'*huile créosotée* (Chappell), Castex a substitué le *chlorure de zinc* (20 à 25 gouttes dans une solution à 5  $\frac{0}{0}$ ) ; ces moyens ont encore besoin d'être expérimentés ainsi que la cure permanente proposée par Weglenski, à l'aide de tubes à intubations spéciaux revêtus de tarlatane trempée dans une solution d'huile mentholée ou de naphтол camphré, demeurant 24 heures en place, et la cataphorèse cuprique interstitielle proposée par Scheppegegrell. L'auteur n'a jamais eu confiance dans les cautérisations galvaniques.

Quant aux remèdes locaux, M. a obtenu des succès avec l'acide lactique, l'iodoforme, le phénol sulfuriciné, etc. Peut-être l'acide lactique combiné avec le curettage constitue-t-il le moyen le plus efficace.

La cure symptomatique concerne les troubles de la phonation, de la respiration et de la déglutition. Si la dysphonie est due à des végétations, leur excision représente en même temps le traitement radical et palliatif ; contre la dyspnée la trachéotomie est préférable au tubage.

Les scarifications et les calmants ont peu d'action sur la dysphagie, si le malade avait un estomac résistant, mieux vaudrait l'alimentation par l'appareil de Dujardin-Beaumetz. Parfois la

tête pendant calme la dysphagie. Quant à la cure climatique dans les sanatoria, sauf les cas de catarrhe simple et de cordite non tuberculeuse, il serait préférable d'y renoncer, attendu que d'ordinaire nul spécialiste n'y est attaché.

Pour les localisations nasales, pharyngées et buccales, si les lésions sont l'indice d'une tuberculose généralisée, on se bornera au traitement symptomatique, mais si, au contraire, il s'agit d'une forme primitive, le curettage soigneux agit très efficacement ; on émettra un diagnostic plus favorable au sujet des lésions nasales que pour celles de la langue.

2. G. MARTUSCELLI (Naples). — **Sur l'anatomie pathologique et la bactériologie de la tuberculose des premières voies respiratoires et de l'oreille** (Rapport). — L'auteur retrace l'histoire des recherches qui précédèrent la découverte du bacille de Koch ; il parle sommairement des caractères biologiques et morphologiques de ce microbe, décrit la formation du tubercule et les théories de la genèse des cellules épithéliales et géantes et les formes régressives de ces transformations. Sous l'appellation de *tuberculose*, il englobe les lésions tuberculeuses et lupiques.

Les accidents *nasaux* peuvent être déterminés par la diffusion de la tuberculose des régions voisines ou par une infection externe. On distingue les formes ulcéreuse et végétante. Dans le *pharynx*, la région tonsillaire et le voile palatin sont fréquemment attaqués par la forme miliaire.

MARTUSCELLI cite les travaux de Fraenkel, Kidd, Lublinski, Strassmann, Schnitzler. A propos de l'amygdale pharyngée, il rappelle l'œuvre de Luzzatto et aborde la question du mode d'infection de ces régions, l'hypothèse d'une lésion primitive concordant avec les recherches de Straus. Il montre la reproduction d'un cas de tuberculose linguale.

Pour le larynx, M. énumère par ordre de fréquence les régions le plus souvent attaquées : la région inter-aryténoïdienne et aryténoïdienne, les replis ary-épiglottiques, les cordes fausses et vraies ; les ventricules de Morgagni, l'épiglotte ; et les formes anatomiques qui seraient, d'après Massei, l'ulcération, la périchondrite ; l'infiltration des cordes vocales, la cordite tuberculeuse, le type polypoïde ou végétant. L'auteur présente à l'appui des larynx tuberculeux.

MARTUSCELLI rapporte ensuite ses expériences sur la tuberculose laryngée primitive qu'il a provoquée en inoculant localement à un lapin une culture tuberculeuse pure (quantité infinitésimale diluée

dans du bouillon stérile dont on injecte quelques gouttes). Il a obtenu une tuberculose primitive reconnue au point de vue anatomo-pathologique. Sur un larynx de lapin, on distingue, au microscope, le début de la formation du tubercule, bien que l'animal ait succombé trois jours après l'opération. Sur un autre larynx on remarque une tuberculose épiglottique en voie de caséification avancée.

Quant à la *tuberculose auriculaire*, il est des cas de tuberculose du lobule reconnus aisément à l'extérieur. M. passe en revue au point de vue anatomo-pathologique les diverses formes de lésions du pavillon, du conduit, de la caisse, du labyrinthe et fait allusion à un cas de polype tuberculeux observé par lui. (Voir *Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, p. 206, vol. X).

Dans la dernière partie de son travail, l'auteur traite des associations microbiennes dans les formes tuberculeuses et les altérations vasculaires des tissus ; il termine en montrant sur un cobaye sacrifié la manière dont advient l'infection expérimentale chez les animaux ayant subi des inoculations tuberculeuses.

3. G. GRADENIGO. — **Prophylaxie et traitement de la tuberculose de l'oreille** (Rapport). — (Travail publié *in extenso* dans l'*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, p. 93, vol. X).

G. passe en revue successivement les diverses localisations de la tuberculose dans les différents segments auriculaires. Il distingue quatre formes de tuberculose du pavillon, le lupus, la périchondrite tuberculeuse, la tuberculose noueuse du lobule et les ulcérations cutanées ; il rappelle que la périchondrite tuberculeuse offre des caractères analogues à ceux de la périchondrite du pavillon ayant une autre origine, mais qu'on rencontre chez des individus porteurs de tares tuberculeuses. La forme de tumeur simulant parfois le sarcome présente une bénignité relative par son évolution et l'absence habituelle de récurrence. Pour expliquer la localisation presque constante du lobule, on peut invoquer, outre le peu de condensation des tissus dans cette région, la facilité avec laquelle s'infectent les trous percés dans le lobule pour pendre les boucles d'oreille.

Pour l'oreille moyenne on compte deux modes principaux d'invasion tuberculeuse, l'un par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, l'autre par la trompe d'Eustache. Cette dernière voie est la plus répandue. La voie hématique est admissible dans les cas de tuberculose miliaire et a été démontrée anatomiquement par Habermann. L'intervention chirurgicale est indiquée lorsqu'on

peut diagnostiquer des foyers osseux centraux primitifs. Pour la voie tubaire, la pénétration de germes infectieux naso-pharyngiens et la multiplication ultérieure des microbes dans la cavité tympanique sont favorisées :

1° Par l'existence fréquente de lésions pharyngo-nasales tuberculeuses ou simplement inflammatoires, ces dernières entraînant des altérations prédisposant à l'éclosion d'une infection tuberculeuse de la trompe et de la caisse du tympan ;

2° Par la présence réitérée chez les tuberculeux pulmonaires de matières grasses sur la voûte rhino-pharyngienne au voisinage des pavillons tubaires ;

3° Par une perméabilité exagérée de la trompe qu'on rencontre chez les personnes affaiblies par suite de la résorption du tissu graisseux péri-tubaire ;

L'otite moyenne tuberculeuse peut être sèche ou *sécrétante*. L'auteur décrit une forme d'otite sèche qu'il a observée chez des sujets ne présentant encore nul signe tuberculeux, mais qui, ultérieurement, devinrent la proie du fléau. La maladie qui évolue en même temps qu'une rhino-pharyngite catarrhale chronique à phénomènes aigus, offre d'abord l'apparence d'une otite aiguë simple, mais son caractère spécial est révélé par une surdité très prononcée, attribuable à la propagation du mal à l'oreille interne, par des bourdonnements auriculaires intenses, la rareté des signes de réaction locale ou généralisée. L'examen électrique de l'ouïe décèle aussi une sensibilité exagérée. Tout traitement local et général demeure sans effet sur la surdité et les bruits. L'auteur pense que, dans ces cas, on a affaire à une infiltration tuberculeuse primitive de la muqueuse de la caisse pouvant précéder de plusieurs années l'apparition d'accidents pulmonaires, ou bien il s'agit au contraire d'une otite moyenne catarrhale banale ayant acquis un caractère de malignité chez un candidat à la tuberculose.

Quant aux formes sécrétoires, on distingue les infections mixtes (coques pyogènes et bacilles de Koch), avec exsudat véritablement purulent ou à infection bacillaire prépondérante, dans lesquelles l'exsudat restreint est constitué par des détritres provenant de l'émiettement des tubercules. Dans les infections mixtes, le développement pyogénique peut s'accroître au point de rendre très difficile la démonstration du bacille spécifique dans l'exsudat.

Dans les formes sécrétoires sont comprises plusieurs variétés cliniques ; on peut dire en général que la forme varie beaucoup selon l'état des forces du malade, l'existence et la gravité des lé-



sions tuberculeuses des autres organes, la diversité des microbes qui s'unissent au bacille de Koch dans les infections. L'auteur envisage rapidement les trois catégories principales. Après avoir insisté sur la prophylaxie, il discute les modes de traitement proposés et accorde une grande importance au traitement général. Dans la forme sèche il met en garde contre l'application de tout moyen énergique. Contre la sécrétion, G. a employé avec succès des instillations d'iodoforme dilué dans de l'huile d'olive, à la suite de lavages avec des solutions physiologiques tièdes.

Les affections de l'oreille interne et du nerf acoustique peuvent survenir par la voie hématique, mais d'ordinaire se développent secondairement par diffusion de l'oreille moyenne et n'exigent aucune mesure prophylactique ni soins spéciaux.

4. E. DE ROSSI (Rome). — **Examen de l'audition des employés de chemins de fer en Europe.** — A la suite de l'invitation à lui faite par la Compagnie des chemins de fer siciliens de formuler les articles du règlement de l'admission des employés au point de vue auditif, l'auteur a fait une enquête dans tous les Etats européens pour savoir ce qui existait sur cette question si importante au point de vue social.

Son enquête lui a démontré qu'en général il y a peu de règlements et que, lorsqu'ils existent, ils ne répondent pas au but; l'Espagne, la Suède et la Norvège, la Belgique et l'Angleterre n'en possèdent pas; en Suisse, dans le grand duché de Bade, en Autriche-Hongrie, en Russie, en Allemagne, en Bavière et en Hollande il y a des décrets ministériels et des Règlements. Seule la Bavière confie à un auriste l'examen des employés de chemins de fer; dans d'autres pays on a des consultants pour les cas douteux.

L'examen fonctionnel ne suffit pas, il faut encore que l'otoscopie soit pratiquée par un médecin compétent. De Rossi propose trois groupes de mots pour l'examen par la voix : tons aigus (*messe, strage, seme, sesso*) ; moyens (*tappo, tetto, cappa, gallo*) ; bas (*ruosa, russo, rumore, bruto*) correspondant respectivement au son du sifflet, du cor et de la trompe. La distance de l'examen serait limitée à 8 mètres.

Pour effectuer ces examens, il faudrait choisir des médecins ayant suivi un cours d'otologie pendant au moins six mois. Des considérations analogues doivent inspirer l'épreuve de l'audition chez les militaires et surtout chez les marins.

A la suite de cette communication, Masini et Gradenigo présentent l'ordre du jour suivant :

« Après avoir entendu le rapport du Prof. de Rossi, le Congrès approuve l'initiative de la Compagnie des chemins de fer siciliens qui, reconnaissant l'importance de s'attacher un auriste aussi bien qu'un oculiste pour l'examen de son personnel, s'est préoccupée de fixer les points nécessaires à l'examen ; il émet le vœu que les autres compagnies suivent l'exemple de la Sicile et, non contentes de demander à l'otologiste des renseignements sur l'examen auditif de leurs employés, inscrivent dans leurs Règlements l'épreuve de l'ouïe obligatoire ».

GRAZZI rappelle qu'il a déjà traité ce sujet dans deux publications antérieures où il attirait l'attention sur l'importance des signaux acoustiques sur la voie ferrée et la nécessité d'examiner les oreilles avant d'admettre les employés dans les Compagnies de chemin de fer.

---

*Séance du 27 avril.*

5. G. FERRERI et T. ROSATI. — **La laryngologie dans la défense sociale contre la tuberculose.** — (Ce travail a paru *in-extenso* dans le n° de juillet 1900 des *Annales*).

6. A. FASANO (Naples). — **Nouveaux remèdes pour le traitement de la phtisie laryngée.** — F. a obtenu des améliorations notables dans les lésions du larynx par le *thiocol* (sulfo-carbonate de gaïacol) administré à l'intérieur ou en injections (un centigramme dans de l'huile de vaseline). Les insufflations du mélange ci-après : thiocol, 20 cg. ; cocaïne, 40 cg. ; acide borique, 2 gr. ; lui ont encore mieux réussi.

Dans les formes primitives, le thiocol se montre plus actif que l'acide lactique, après les scarifications. Dans les formes secondaires à lésions pulmonaires, on associe l'usage local du remède à l'absorption par voie interne, et même dans les cas avancés les résultats ont dépassé ceux qu'on obtient par d'autres procédés.

7. G. MASINI (Gênes). — **Recherches expérimentales sur le pouvoir infectant de l'air expiré par les phtisiques.** — L'auteur fit expirer et tousser des tuberculeux dans le péritoine de cobayes laparotomisés. Dans les cas où il n'existait pas de phtisie laryngée on obtint trois résultats positifs sur dix, et six sur dix chez les tuberculeux laryngiens. La simple expiration ne déterminait qu'une seule fois la production de rares granulations tuberculeuses.

8. V. GRAZZI (Florence). — **Prophylaxie de la tuberculose pour le laryngologiste.** — G. expose une série de mesures rationnelles pour la désinfection de l'air, des crachoirs, des instruments et surtout du visage du médecin pendant l'examen. Pour ce dernier l'auteur propose un moyen simple et économique, consistant à adapter sous le miroir frontal une feuille de papier percé de deux ouvertures pour les yeux ; on peut dire au malade que ce papier sert à refléter la lumière. Pour tenir la langue pendant l'examen, G. emploie de petits morceaux de toile cirée.

9. V. GRAZZI. — **La péronine, nouvel anesthésique local pour le traitement des accidents tuberculeux du larynx.** — On peut se servir de la péronine (chlorhydrate de benzo-morphine en solution à 1 %) pour anesthésier localement le nez, le pharynx et le larynx, au moyen de badigeonnages répétés avec du coton imbibé de la solution. L'anesthésie est moins prompte qu'avec la cocaïne, mais elle dure plus longtemps et entraîne plutôt de l'hypérémie ; elle aurait une action plus profonde que la cocaïne.

FERRERI croit à l'efficacité de ce médicament, vu l'hypérémie qu'il provoque dans le traitement de la pharyngite atrophique, mais il signale l'inconvénient de son amertume plus prononcée que celle de la cocaïne.

10. MASUCCI (Naples). — **Quelques considérations sur le traitement local de la phtisie laryngée.** — Intéressante étude basée sur les statistiques personnelles de l'auteur. Il croit que le meilleur moyen de guérir les infiltrations laryngiennes consiste à employer l'acide lactique et l'iodoforme et en cas d'ulcération on aura recours au procédé de Heryng. Ce traitement prévient aussi les récidives.

11. P. MASUCCI. — **La prophylaxie actuelle de la phtisie dans ses rapports avec la tuberculose laryngienne.** — M. résume l'état de la question et insiste sur l'œuvre du laryngologiste au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose.

12. S. GENTA (Gênes). — **Dysphagie tuberculeuse, pathogénie et traitement.** — L'auteur énumère, d'après sa pratique personnelle, les divers moyens en usage pour combattre ce phénomène inquiétant et vante surtout l'iodoforme, la cocaïne, l'acide sulfurique à 2 %.

13. V. GARZIA (Naples). — **Tuberculose laryngée primitive.** — Au point de vue diagnostique, G. conseille l'examen histologique de fragments d'infiltrations ou d'ulcérations obtenus par le grattage ; il rapporte quatre observations et insiste sur l'utilité du diagnostic précoce.

14. R. MONGARDI. — **Granulome de la corde vocale droite sur lequel on constata l'existence de bacilles de Koch.** — Il s'agissait d'une jeune domestique présentant des tares d'hérédité tuberculeuse grave. Ablation suivie de guérison d'un néoplasme siégeant sur le bord libre de la corde vocale droite. Histologiquement on avait affaire à un granulome privé de cellules géantes mais renfermant de nombreux bacilles de Koch.

15. R. MONGARDI. — **Hypertrophie nasale probablement tuberculeuse chez une adolescente.** — Jeune fille de 15 ans, issue d'une famille tuberculeuse. A la suite d'un traumatisme nasal, elle vit grossir les parties molles, puis les os du nez. Par l'ignipuncture galvanique on put enrayer l'hypertrophie des parties molles. M. croit qu'on avait affaire à des lésions tuberculeuses.

16. U. MARTINI (Gênes). — **Tuberculose végétante du nez.** — Quatre observations de végétations nasales tuberculeuses, avec considérations diagnostiques et thérapeutiques.

17. G. ISAIA (Naples). — **Contribution à l'étude thérapeutique des lésions tuberculeuses de la bouche et du conduit auditif.** — L'auteur a eu des succès par les injections d'iodoforme et de gafacol.

18. TOMMASI (Lucques). — **Carie tuberculeuse du temporal chez un enfant de quinze mois.** — Enfant infecté par son père atteint de tuberculose pulmonaire.

19. D. TANTURRI (Naples). — **Présentation de cires reproduisant des formes de tuberculose laryngée d'après l'Ecole Napolitaine.** — Figures représentant la périchondrite, l'infiltration des cordes vocales, l'ulcération inter-aryténoïdienne, la forme végétante et la sténose. Ces cires sont particulièrement instructives puisque les lésions se répercutent sur un miroir laryngien placé d'une façon opportune. L'auteur a l'intention de préparer des modèles similaires pour d'autres affections laryngiennes et en fait ressortir la valeur didactique.

20. V. COZZOLINO (Naples). — **Les tuberculeux pulmonaires porteurs de localisations bacillaires sur les premières voies respiratoires et dans l'oreille dans les sanatoria d'altitude et marins.** — Ce travail a paru *in-extenso* dans l'*Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia*, p. 129, vol. X.

L'auteur présente les conclusions d'une longue étude sur le traitement de la phtisie laryngée dans les sanatoria. Il passe en revue les diverses localisations de l'infection sur les premières voies respiratoires et l'oreille ; il a remarqué les heureux effets des sanatoria d'altitude, parmi lesquels en première ligne l'accroissement de la respiration, le dessèchement des muqueuses et la chute de la température locale. Le phtisique laryngien trouve au sanatorium tous les éléments curatifs qui lui sont nécessaires : C. déconseille le séjour du sanatorium d'altitude aux tuberculeux laryngiens cachectisés, diabétiques, cardiaques, néphritiques, atteints d'entérite ulcéreuse. Dans ces cas, mieux vaudrait un sanatorium sous un climat doux. Les manifestations miliaires aiguës de l'infection bacillaire sont une contre-indication nette de toute saison climatique.

---

Séance du 28 avril.

21. T. LICCI (Gênes). — **Tuberculose auriculaire dans la première enfance. Prophylaxie et traitement.** — L. a entrepris des études sur la tuberculose sur quelques temporaux d'enfants morts tuberculeux et sur des granulations extraites de l'oreille dans un cas d'otite moyenne suppurée chronique. La plupart de ces recherches ont été effectuées avec un résultat positif. L'auteur accorde une grande importance à l'infection par les fosses nasales. Il cite les expériences effectuées par Perrando, chargé des autopsies à l'hôpital Galliera et Masini sur des cadavres tuberculeux, d'où il appert que dans environ 86 % des cas, la caisse tympanique contient des bacilles tuberculeux virulents. Licci conseille de rechercher le bacille de Koch, dans le pus et les granulations de toutes les otites suppurées infantiles. L'intervention chirurgicale est indiquée lorsque la lésion est bien caractérisée et limitée à la caisse ou au plus à l'antre.

GRADENIGO désire connaître le chiffre des résultats positifs obtenus par Licci dans ses recherches. D'après les études faites à sa clinique par le Dr Hoffmann sur des otites suppurées compli-

quées ou non, il incline à croire que l'inoculation fournit un résultat positif plus rapide que la méthode histologique.

A propos des voies de pénétration, G. rappelle la facilité des lésions de continuité chez les enfants au voisinage des oreilles. Il ne reconnaît l'opportunité de l'intervention chirurgicale que dans les cas de nécessité absolue, vu qu'il est presque impossible d'extirper tout le tissu malade de la caisse du tympan et par conséquent d'atteindre au même but que le chirurgien général dans les lésions tuberculeuses d'autres régions.

NUVOLI a trouvé à l'autopsie de phthisiques du pus crêmeux dans l'oreille moyenne et parfois dans les tissus annexes de la cavité nasale ; mais le plus souvent la recherche du bacille est négative. Il se demande s'il est nécessaire de rencontrer le bacille pour diagnostiquer la tuberculose ? Souvent, quand la caisse est pleine de pus, la membrane est indemne, et les parois lavées de la caisse sont saines en apparence. Parfois Nuvoli a rencontré entre les gros osselets une véritable arthrite fongueuse avec une production minime de pus.

N. recommande de débiter par la thérapeutique chirurgicale d'abord limitée puis radicale.

GRADENIGO est d'avis d'intervenir dans tous les cas d'otite moyenne suppurée chronique, tuberculeuse ou non, rebelle au traitement médical ; mais il est cruel de soumettre un tuberculeux à une thérapeutique locale énergique.

MASINI est partisan de l'intervention lorsque la lésion auriculaire tuberculeuse est bien localisée. Il fournit des éclaircissements sur le travail de son assistant Licci qui n'a pu encore dresser une statistique exacte, toutes les expériences n'étant pas terminées. Il semble que la caisse du tympan soit un lieu d'élection pour l'atténuation des microbes pathogènes en général. Dans les otorrhées anciennes, les bacilles au contact des coques ont perdu de leur virulence. Il cite à ce propos les expériences du Dr Mircoli pour voir si l'examen microscopique permet de diagnostiquer la virulence plus ou moins accusée du bacille.

22. G. FERRERI (Rome). — **Sur le diagnostic de la tuberculose dans les suppurations auriculaires chroniques.** — Ce mémoire a paru *in-extenso* dans l'*Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia*, p. 139, vol. X.

F. insiste sur l'importance de reconnaître dans les otites suppurées chroniques le caractère vrai de l'infection afin de découvrir une tuberculose éventuelle. L'auteur se déclare satisfait de l'em-

ploi de la gaze dermatolée dans les otites suppurées quand on soupçonne une carie osseuse ; si la gaze noircit c'est un signe de carie.

Vu l'incertitude des moyens de diagnostic habituels de la tuberculose, Ferreri conseille les injections de tuberculine, et l'ablation pour l'examen histologique de la glande lymphatique pré-mastoidienne.

GRADENIGO rappelle qu'on a publié récemment des observations de complications auriculaires tuberculeuses survenues à la suite d'injections de tuberculine pour des lésions tuberculeuses d'autres organes. Il demande à Ferreri s'il a souvenance de l'endroit où de Rossi décrit le procédé diagnostique basé sur l'extirpation de la glande lymphatique pré-mastoidienne.

FERRERI répond qu'il s'agit d'une communication faite par de Rossi au Congrès national des médecins italiens tenu à Gènes.

23. G. NUOLI. — Contribution à la physiologie de l'oreille moyenne. — (Travail publié *in-extenso* dans l'*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, p. 145, vol. X).

Note faisant suite à un mémoire sur la même question inséré dans le même recueil (*Archivio*, p. 70, vol. X). La multiplicité des détails techniques empêche de résumer complètement ce travail. Nous dirons seulement qu'il constitue un apport fort important à la physiologie de l'oreille moyenne, l'auteur ayant réussi, par des moyens simples mais délicats, à démontrer péremptoirement que dans le temporal humain frais, la transmission du son faible d'une montre se produit le long de la chaîne des osselets. Nuoli a de plus institué une série d'expériences pour définir l'influence que les altérations pathologiques ou artificiellement provoquées sur la membrane tympanique et les osselets peuvent exercer sur la modification de transmission du son de la montre à travers la caisse tympanique. Il a reconnu, par exemple, que cette transmission n'a plus lieu en cas d'altérations graves de la membrane. On trouverait de l'intérêt à suivre l'auteur dans des considérations sur les particularités de transmission des différents sons. Il distingue les cas de vibrations sonores relativement fortes produites par le corps sonore voisin de l'oreille lorsqu'il survient une véritable vibration moléculaire de tout l'organe auditif, ainsi que des os crâniens qui le renferment (*vibration par influence*) et ceux de vibrations molaires faibles se transmettant en totalité à travers la membrane et la chaîne des osselets. Finalement l'auteur expose quelques arguments prouvant que la membrane tympanique con-

serve invariablement dans des conditions physiologiques la même tension.

24. V. GRAZZI. — **Effets des bains en général sur l'organe de l'ouïe.** — D'observations recueillies à l'Etablissement climatique de *Le Prese*, dont les eaux s'échappent froides et renferment des sulfates, des sels de magnésie et du fer, l'auteur tire les conclusions suivantes :

En général, les bains froids sont nuisibles pour l'oreille si on ne prend pas de grandes précautions. Les bains chauds par immersion engendrent presque toujours, pour un temps plus ou moins long, des désordres auriculaires, même chez les individus sains. Les malades porteurs de lésions de l'oreille devront, avant d'aller aux bains de mer, consulter un spécialiste qui, selon les cas, donnera des conseils pour obtenir de bons effets de la cure sans nuire à l'organe auditif.

25. TOMMASI. — **Un cas de mastoïdite de Bezold consécutive à une otite moyenne suppurée aiguë sans perforation de la membrane tympanique.** — Observation intéressante de complication mastoïdienne sans perforation tympanique.

26. A. TRIFILETTI. — **Contre certains corps étrangers de l'oreille.** — (Voir *Archivio ital. di otol., rin. e lar.*, p. 200, vol. X).

Dans certains cas de corps étrangers végétaux tels que graines de maïs, d'orge, etc., encastrés dans la profondeur du conduit auditif et justiciables d'une intervention chirurgicale, l'auteur a eu l'idée d'injecter une toxine spéciale, exerçant un pouvoir de désagrégation sur les céréales en général. Il s'agit de l'*amylomyces Rouxii*. Des expériences sur les animaux ont révélé que l'action de ce champignon prolongée au delà de trois jours dans des doses plutôt massives de culture et à la température normale de l'organe de l'ouïe peut réduire considérablement le volume d'un grain de maïs et en faciliter l'ablation.

27. G. ISAÏA (Naples). — **Fibrome polylobaire rhino-pharyngien extrait par les voies naturelles.** — Cas intéressant au point de vue clinique.

28. G. PROTA (Naples). — **Sur une tumeur épiglottique spéciale.** — Jeune fille de 18 ans, éprouvant depuis six ans une sensation de corps étranger dans la gorge et récemment de la dysphagie.



A la base de la langue, on remarque une tumeur rosée, à surface lisse, bilobaire, de consistance élastique. En palpant on peut exclure l'implantation linguale. Abrasion à l'anse chaude qui démontre que la tumeur était sise sur la face dorsale de l'épiglotte. On avait affaire à un fibrome kystique multiloculaire avec phase très active d'infiltration parvi-cellulaire.

29. F. MASSEI. — **Deux cas de lésions parasymphilitiques du larynx.** — L'auteur présente un de ses malades ayant eu des manifestations classiques de syphilis laryngo-pharyngées. Les cordes vocales étaient infiltrées et rapprochées, et il se produisit une infiltration de la région aryténoïdienne qui nécessita la trachéotomie. C'est un phénomène de spécificité posthume que M. désigne sous le nom de para-syphilis.

30. F. EGIDI (Rome). — **Nouveaux cas d'intubation chez les nourrissons. Retrait du tube par la méthode de Bayeux.** — La plus grande entrave du tubage chez les nourrissons réside dans la nutrition. E. s'est trouvé à merveille de la substitution au lait de cuillerées de gélatine. Par ce moyen il put nourrir des enfants pendant onze jours. Il se déclare satisfait du retrait digital du tube sans extracteur, proposé par Bayeux, qui s'effectue en soulevant la tête du malade et en introduisant avec le doigt audessous du cricoïde le tube par l'extérieur.

MASSEI confirme l'efficacité de l'alimentation par la gélatine de viande chez les enfants tubés, parfois il y a ajouté des œufs. Il trouve que le procédé de Bayeux n'est pas toujours inoffensif, pouvant entraîner des spasmes laryngés aigus mortels.

31. D. TANTURRI. — **Observation exceptionnelle d'intubation prolongée.** — Le tubage fut pratiqué pendant cent trente-six jours, mais la permanence du tube causa des complications variées. Le tube fenêtré d'O'Dwyer rend service dans les granulations exubérantes du cricoïde et l'ichthyol gélatiné est un excellent remède laryngien.

32. L. AJELLO (Naples). — **Intubation pour corps étranger (?) du larynx.** — Enfant de 7 ans, présentant depuis vingt jours des troubles respiratoires et des altérations du timbre vocal. Examen laryngoscopique négatif. Vu l'intermittence des phénomènes, on soupçonna un corps étranger et on eut recours au tubage qui réussit du premier coup ; on vit sourdre du pus sanguinolent,

mêlé à des débris de matières difficiles à préciser et composant probablement le corps étranger. Guérison.

33. R. MONGARDI. — **Opération de Zaufal pour nécrose pétromastoidienne avec paralysie faciale.** — La paralysie faciale otitique disparut à la suite de l'opération.

34. R. BORGONI (Naples). — **Présentation de tubes à intubation pour enfants et adultes.** — Modification de l'extrémité supérieure du tube permettant d'ingérer des boissons et tubes d'argent montés avec un système de charnière.

*Discussion sur la tuberculose des premières voies respiratoires et de l'oreille.*

GRAZZI dit que le temporal oppose une grande résistance à la propagation de la tuberculose de la caisse. Il a toujours vu des disproportions entre les lésions anatomiques et les douleurs accusées par les malades et a remarqué que les complications auriculaires étaient plus fréquentes chez les sujets porteurs de tuberculose laryngienne.

TRIFILETTI a publié deux articles sur la phtisie laryngée primitive, l'un en 1887 dans le *Bollettino* de Grazzi, l'autre dans le journal de Massei. Dans un des cas dont l'examen histologique fut pratiqué par Martuscelli, on trouva exclusivement des tubercules typiques à cellules géantes dans les parcelles de tissu laryngé extirpées. T. confirme l'heureux effet du phénol sulfo-riciné, surtout contre les infiltrations circonscrites aux cordes vocales vraies.

GRADENIGO félicite Martuscelli sur son rapport et lui demande si dans les cas où il faut se borner à faire le diagnostic de la phtisie laryngée, on doit accorder la préférence à l'inoculation ou à la méthode histologique ?

MARTUSCELLI croit que les recherches histologiques sont plus exactes pour les tissus.

GRADENIGO préconise les crachoirs du modèle Rastelli Abba dans lesquels on brûle de petits morceaux de bois odorant. Il se demande s'il existe beaucoup de tuberculeux parmi les individus qui crachent. D'après des expériences effectuées en recueillant dans des boîtes de Petri les crachats de malades fréquentant sa consultation oto-rhino-laryngologique il a obtenu des résultats constamment négatifs.

MASSEI, pour la désinfection des crachats, donne la préférence aux solutions acides (sublimé à 1 % additionné d'acide chlorhydrique à 5 ‰), et il est heureux de voir un accord s'établir au sujet des mesures prophylactiques et thérapeutiques fondamentales de la tuberculose des voies respiratoires et de l'oreille.

A la fin de la session, les Prof. Massei, Gradenigo et Masini ont signé un ordre du jour adressé au Ministre de l'Instruction Publique et tendant à rendre obligatoire l'étude de la spécialité.

---

### BIBLIOGRAPHIE

---

**Guida alla diagnosi medico legale della sordita**, par G. OSTINO, capitaine médecin à l'école de santé militaire de Florence, Florence, 1900.

Cet intéressant petit volume a été fait à la clinique otorhinolaryngologique de Turin et est précédé d'une préface du Prof. Gradenigo. Il est divisé en deux parties.

La première est un exposé très complet de la séméiotique auriculaire ; elle ne comprend pas moins de 138 pages. Aussi y trouve-t-on exposé avec des détails très suffisants l'examen objectif et fonctionnel de l'oreille : l'auteur indique à ce sujet une méthode personnelle pour le cathétérisme de la trompe. Il introduit la sonde à 7 centimètres, ce qui l'amène juste sur le voile du palais, puis il fait prononcer au malade la voyelle *i*, en même temps qu'il tourne la sonde du côté extérieur. La sonde trouvant en ce moment une barrière formée par l'élévateur du voile et par la saillie du bord postérieur de la trompe entre tout naturellement dans le pavillon tubaire.

Successivement sont passés en revue dans des chapitres séparés l'examen fonctionnel avec les diapasons par la voie aérienne et la voie osseuse, l'examen du sens statique et dynamique du labyrinthe, l'examen électrique du nerf acoustique. Tous ces chapitres sont bien au point et au courant des travaux les plus récents.

Ces principes posés, l'auteur aborde la médecine légale de l'oreille. Ce sont d'abord les conditions d'inaptitude au service militaire : Ostino démontre que l'on doit demander aux cavaliers une acuité auditive de 5 mètres pour la voix ordinaire et de 20 mètres pour la voix haute, tandis que 3 et 10 à 12 mètres sont

suffisants pour les fantassins. Il insiste aussi sur la nécessité de ne pas verser dans l'artillerie les sujets ayant une tare antérieure du côté de l'oreille. — Dans ce même chapitre il étudie le degré d'audition qu'on doit exiger des employés de chemin de fer.

Après avoir passé en revue les divers traumatismes de la caisse, l'auteur passe à la simulation de la surdité uni ou bilatérale et donne un résumé de tous les procédés proposés pour la dépister. Il conclut avec Gellé que dépister la simulation de surdité bilatérale est un problème difficile et délicat !

Enfin le livre se termine par un chapitre sur l'importance des affections de l'oreille vis-à-vis des compagnies d'assurance sur la vie. L'otite moyenne purulente chronique avec ou sans complications doit être une cause de refus absolu ; les perforations sèches n'empêchent pas l'admission, mais avec une prime plus élevée ; la surdité avec vertige doit donner lieu à une surélévation de prime variable suivant la profession, etc.

Signalons parmi les annexes un tableau comparatif des notations musicales italienne, allemande et française et une planche représentant divers champs auditifs d'après la méthode de Gradenigo.

En somme, livre très complet et qu'on consultera avec profit.

M. LS.

**Méthode des exercices acoustiques. Ecole de sourds-muets, par A. JOUSSET.**

Il se continue, décidément, une campagne très active et très louable en faveur des pauvres déshérités que sont les sourds-muets. A peine a-t-on lu et annoncé un livre sur ce sujet palpitant qu'il en paraît un nouveau.

Celui dont il est question dans ces lignes est loin d'être superflu, car il est plus pratique que la plupart de ses prédécesseurs, au point de vue de la pédagogie, de l'enseignement, de l'application des méthodes.

En quelques pages d'introduction, l'auteur relate les travaux faits dans ces dix dernières années, et les critiques auxquelles ils ont donné lieu.

Voici les points principaux sur lesquels insiste M. Jousset, dans les huit chapitres que comporte son livre.

**I. Examen des sujets.** — Il serait désirable de réunir les médecins spécialistes aux professeurs de sourds-muets. Examen approfondi, par le médecin, du jeune sourd-muet, de ses facultés auditives et intellectuelles.

II. *Appareils et instruments.* — L'auteur se résume ainsi : « La voix est la meilleure méthode à employer. Les instruments ne peuvent être que des aides ; ils ne donneront jamais d'aussi bons résultats que la voix seule maniée par un professeur expérimenté. »

III. *Méthode.* — Dans une période préparatoire, l'auteur conseille de développer d'abord une faculté que ne possèdent pas les sourds-muets, c'est l'attention, et cela en s'adressant aux différents sens, à la vue, au tact, à la sensibilité générale... Dans une seconde période, on arrive, peu à peu, par l'étude des sons simples produits instrumentalement, à la distinction des voyelles à la voix. Puis, vient la distinction auditive des consonnes. Le travail intellectuel, la suppléance par l'intelligence de certaines lacunes auditives, rentre dans la troisième période. Puis vient l'audition des chiffres, des noms des personnes et enfin les exercices d'audition de plus en plus étendus.

IV. *Emploi de la méthode, détails.* — M. Jousset reprend ici en détail l'application même de la méthode. Je n'essaierai pas d'analyser ce chapitre ; il faudrait plutôt le reproduire presque en entier.

V. *Résultats.* — En quelques leçons, chez les sujets intelligents qui ont pu développer leur attention, on constate la notion de l'excitation acoustique, leur répétition vocale imitée. On sait aussi, depuis longtemps, qu'un des effets remarquables de ces exercices, c'est l'amélioration de la prononciation. Statistiques.

VI. — *Conclusions.*

VII. *Application pédagogique de la méthode.* — Ce chapitre forme, si je puis dire, la caractéristique de ce travail. Si ce qui précède peut se retrouver dans les autres ouvrages, particulièrement dans celui d'Urbantschitsch, que j'ai traduit, le contenu de ce septième chapitre est nouveau. Il nous donne, dans une première partie, et divisé en leçons, le travail auditif proprement dit, au moyen duquel l'enfant arrive à distinguer les voyelles, les consonnes et différentes combinaisons.

Dans une deuxième partie, l'intelligence s'associe à l'audition pour apprendre les chiffres, les noms propres, les noms communs, les adjectifs, puis de petites phrases simples sous les formes diverses, affirmatives, négatives ou interrogatives. Puis vient l'étude des verbes plus compliqués, et enfin la conversation.

VIII. *Appendice.* — Notes explicatives tirées des travaux antérieurs de l'auteur lui-même sur le sujet et de nombreux autres auteurs qui se sont occupés de la question.

En résumé, ouvrage complet sur la surdité-mutité au point de vue pratique, indispensable à consulter par quiconque veut mettre en usage les exercices acoustiques ; c'est ce qui fait la très grande valeur de ce livre et pourquoi il mérite les plus grands éloges.

L. EGGER.

**Atlas des maladies du nez comprenant 356 figures sur 38 planches reproduites d'après nature et expliquées**, par R. KRIEG (F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1900).

L'auteur, qui en 1892 avait déjà publié un très bel atlas des maladies du larynx, nous offre maintenant une suite consacrée aux affections nasales. Le premier fascicule vient de paraître et l'ouvrage comprenant sept livraisons doit être terminé pour Pâques. Krieg explique dans sa préface qu'il s'est borné aux lésions internes du nez, attendu que la partie extérieure ressort plutôt du domaine des chirurgiens et des dermatologistes ; il n'a fait exception à sa ligne de conduite que pour les manifestations attaquant les portions nasales externe et interne. Il s'est attaché, autant que possible, à corroborer au point de vue clinique, les recherches effectuées à l'amphithéâtre, par Zuckerkandl, A. Hartmann et B. Fraenkel.

Krieg n'a représenté que les maladies qu'il a observées personnellement au cours d'une pratique de 25 ans.

L'auteur explique la coloration jaunâtre de ses figures parce qu'il a dû les reproduire d'après des examens pratiqués avec la lampe à arc électrique ou le bec Auer.

Le texte est rédigé en allemand et en anglais.

Les deux premières figures reproduisent des dermoïdes congénitaux observés chez un enfant de 3 ans et sur une femme de 26 ans.

La seconde planche représente des fistules de dermoïdes congénitaux observés l'une chez une jeune fille de 21 ans que l'auteur opéra par un procédé qu'il décrit et l'autre sur une jeune fille de 18 ans.

La planche III est occupée par des reproductions du nez normal, de légères déformations, d'occlusion des fosses nasales postérieures.

Toute une série de déviations de la cloison est figurée sur les planches IV, V et VI, on y trouve aussi l'atrésie des choanes.

Les déviations nasales sont décrites d'une façon très détaillée et on ne peut que féliciter notre savant confrère qui joint à sa grande compétence un réel talent de peintre et de dessinateur.

L'édition est très soignée et d'un format commode, aussi est-il hors de doute que le nouvel atlas de Krieg obtiendra le même succès que son aîné.

A. GOUGUENHEIM.

**Les tumeurs malignes du larynx et leur traitement radical,** d'après un travail couronné à la Société médicale de Toulouse complété par une compilation faite en 1894-1896, par JOHANN SENDZIAK de Varsovie (Wiesbaden, D. F. Bergmann, 1897).

L'abondance des matières ayant retardé beaucoup la publication de cette notice bibliographique, nous nous bornerons à faire de cet ouvrage une mention très succincte.

Il s'agit d'une étude très complète sur le carcinome et le sarcome du larynx. Il convient de faire remarquer dans la première partie, celle qui a trait au carcinome, le diagnostic différentiel qui est fait avec le plus grand soin. L'auteur fait ensuite l'histoire de la thérapeutique, nous fait voir les phases successives des traitements jusqu'aux résultats actuels. Discussion sur les différentes opérations pratiquées sur le larynx avec statistiques et manuel opératoire, et enfin, indication de chacune de ces opérations, que l'on peut résumer ainsi : chaque fois que la chose est possible, nous devons, avant de procéder à une grosse opération (laryngectomie), essayer la méthode endolaryngée ou la thyrotomie. Chaque fois que l'extirpation totale du larynx est indiquée, il faut la pratiquer sans retard.

La seconde partie a trait au sarcome. L'auteur y suit le même plan pour le carcinome. L'étude en est faite aussi consciencieusement.

L. EGGER.

---

## ANALYSES

---

### 1. — OREILLES (suite)

**Moyen pour empêcher la propagation de l'infection à travers la seringue auriculaire,** par F. C. TODD (*Journ. amer. med. Ass.*, 14 octobre ; in *Laryngoscope*, novembre 1899).

L'auteur trouve que l'extrémité de la seringue se contamine au contact de l'oreille et que le piston est souillé par le liquide de

l'écoulement; aussi croit-il qu'il y a du danger à employer la même seringue pour deux malades de suite et il recommande l'usage d'olives de verre faciles à démonter et à désinfecter.

**Association des phénomènes hystériques aux lésions organiques de l'oreille, par TRIFILETTI (*Bollettino delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, 1898, n° 6).**

L'auteur donne la relation de cinq observations des plus intéressantes que nous ne pouvons résumer ici. Ces observations montrent l'intérêt considérable qu'il y a à faire un diagnostic précis dans ces cas afin d'en déduire avec certitude le pronostic et le traitement. Elles ont une réelle valeur parce qu'elles représentent des types les plus différents d'association de phénomènes hystériques et de lésions de l'oreille externe, moyenne et interne.

Dans un de ces cas on pouvait penser à une tumeur du cervelet.

H. DU F.

**Troubles de l'audition dus à la syphilis héréditaire tardive, par C. MONARI (*Bollettino delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, 1898, n° 3).**

L'auteur résume d'abord les diverses opinions émises sur la syphilis héréditaire et sur ses caractères.

Au point de vue de l'oreille, l'infection syphilitique se manifeste par l'otite purulente ou par la surdité complète.

Dans l'otite moyenne purulente il existe très souvent des granulations et des polypes. Souvent le médecin ne peut constater cette otite qu'après la cessation de l'écoulement avec des lésions sérieuses.

On a voulu admettre aussi une otite moyenne sèche syphilitique, comme l'ont fait Gruber et Schwartze, affectant les deux oreilles. L'auteur n'en a pas rencontré.

L'otite interne syphilitique se rencontre vers 14 à 15 ans et apparaît brusquement. L'auteur en donne en détail une bonne description et signale les diverses opinions des auteurs sur son mécanisme.

Il passe ensuite à la question du traitement. Il décrit longuement les effets de la pilocarpine et conclut en disant que ce médicament doit être employé dans toutes les formes et donnera d'autant plus de succès que l'affection de l'oreille est de date plus récente.

H. DU F.



**Effets des changements atmosphériques sur l'audition dans l'otite chronique, catarrhale, moyenne,** (Discussion de la Soc. méd. de New-York, *Med. Record.*, 1<sup>er</sup> avril 1899).

SEYMOUR OPPENHEIMER a examiné cinquante malades atteints d'otite moyenne à forme sclérotique ou catarrhale au point de vue de l'influence qu'exerçaient sur l'audition les changements atmosphériques. Les variations barométriques n'ont pas d'influence. L'humidité, la température basse sont au contraire nettement nuisibles. Beaucoup de malades entendent beaucoup moins bien l'hiver que l'été. Vingt et un malades avaient de plus de l'obstruction nasale, beaucoup plus accentuée et pénible par les temps humides.

EDWARD DENCH croit surtout au rôle des variations atmosphériques dans le cas d'inflammation hypertrophique. Mais ces inflammations du tympan sont toujours associées à un état analogue des voies respiratoires inférieures.

COAKLEY croit que l'influence des temps humides sur l'audition est due à un réflexe cutané anémiant la peau et amenant la congestion de l'oreille moyenne. Le mieux est, par suite, d'endurcir graduellement la peau par l'usage régulier des affusions froides. Le régime, l'hygiène générale ont aussi une grande importance.

EDWARD FRIDENBERG croit que tout le traitement de ces otites scléreuses est dans le nasopharynx. Les influences atmosphériques lui paraissent peu importantes.

EDVIN J. QUINLAN, tout en admettant le rôle prépondérant des affections nasopharyngées, fait remarquer que celles-ci sont elles-mêmes très influencées par les changements atmosphériques.

OPPENHEIMER distingue dans l'otite chronique catarrhale deux formes suivant qu'il y a ou non sclérose et atrophie. En cas de sclérose et d'atrophie avancée, la guérison est rare. Tout au plus peut-on diminuer les bourdonnements et améliorer un peu l'ouïe. Aussi faut-il de bonne heure, dès l'enfance, aux premiers symptômes de catarrhe du nasopharynx, commencer le traitement.

A. F. PLICQUE.

**Le traitement des affections de l'ouïe par la chambre pneumatique,** par Gr. LIEBIG (*Münch. med. Woch.*, 1899, p. 657).

L'auteur attire à nouveau l'attention sur la valeur thérapeutique de l'air comprimé dans divers cas de surdité, ainsi que l'avaient déjà bien établi Pravaz et Bertin. Aux eaux de Reichenhall on voit

des malades fréquenter la chambre à air comprimé non plus pour leur catarrhe, mais parce qu'ils s'aperçoivent, s'ils sont atteints de surdité, que l'ouïe s'améliore grandement; à Bruxelles, sur cent trente-huit sourds, considérés presque tous comme incurables, Bernard a observé 35 % de guérisons complètes et de nombreuses améliorations. Après chaque séjour dans une chambre à la pression de 2 à 3 atmosphères, l'ouïe reste améliorée durant plusieurs heures et au bout de quelques semaines le résultat définitif est considérable. Ce fait est bien connu des ouvriers des mines de fer. L'action des pressions élevées s'explique vraisemblablement par la compression des vaisseaux engorgés de l'oreille, qui se vident d'abord passagèrement, puis reprennent définitivement plus de tonicité.

M. N. W.

**Sur l'emploi de la thyroïdine dans les maladies de l'oreille moyenne**, par E. MORPURGO (de Trieste) (*Bollettino delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, 1898, n° 4).

L'auteur a essayé l'emploi de la thyroïdine vantée par le Dr Walter Vulpus (de Weimar) dans les affections de l'oreille moyenne. Il l'a administrée à quatorze malades, dont huit avaient une otite moyenne avec processus adhésifs et les six autres de la sclérose. Les résultats obtenus ont été les suivants :

Aucun changement dans 9 cas ;

Amélioré quant aux bruits subjectifs, 2 cas ;

Amélioré pour l'audition mais non pour la paracousie, 1 cas ;

Amélioration considérable de l'audition, 2 cas.

H. DU F.

**Otite moyenne simulant la maladie de Ménière**, par W. L. BALLENGER (*Journ. amer. med. Ass.*, 12 août; in *Laryngoscope*, octobre 1899).

Homme de 41 ans, présentant des symptômes de maladie de Ménière, mais avec des répités de quinze jours à quelques mois. Des insufflations dans l'oreille moyenne améliorèrent l'audition et enrayerent les maux de tête, les nausées et les vertiges.

A l'examen des oreilles on reconnut une rétraction de la membrane tympanique prononcée surtout à gauche. Absence de conduction osseuse du même côté qui se rétablit grâce à des insufflations.

L'auteur conclut que les accidents étaient causés par la rétrac-

tion de la membrane tympanique repoussant la base de l'étrier dans la fenêtre ovale et augmentant ainsi la pression intra-labyrinthique.

**Un cas de vertige de Ménière**, par M. BROCARD (*Arch. génér. de médecine*, sept. 1899).

Très intéressante observation de vertige de Ménière. Le syndrome est au complet. Le début fut brusque. L'examen de l'audition fut pratiqué par M. Courtade qui trouva, trois jours après l'entrée du malade à l'hôpital, une perception aérienne de deux travers de doigt du côté malade et de 20 à 25 centimètres du côté sain. Le diapason vertex est très faiblement perçu à droite (côté malade). L'amélioration parut assez rapide. Il s'agit probablement d'une congestion labyrinthique interne et peut-être d'une petite hémorragie. Ce malade n'est ni syphilitique, ni alcoolique. On ne trouve dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde très grave, sept ans auparavant, qui a laissé des troubles graves du côté du larynx.

E. L.

**Des lésions de l'organe de l'ouïe dans l'anémie pernicieuse**, par SCHWABACH (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, vol. XXXV).

HABERMANN a décrit, en 1890, un cas d'anémie pernicieuse avec hémorragie dans le labyrinthe ; aucun cas de ce genre n'avait été rapporté avant lui et il n'y a pas eu de communication sur ce sujet depuis ; ces faits pourtant ne doivent pas être si rares puisque l'auteur a réuni sept observations dans lesquelles des phénomènes morbides ont été notés dans l'oreille au cours de l'anémie pernicieuse, observations qu'il rapporte en détails. Il y a une grande analogie entre les symptômes observés dans l'anémie pernicieuse et dans la leucémie, ce sont des bourdonnements, des bruits subjectifs, de l'hypoacousie et comme substratum anatomique des hémorrhagies dans les diverses parties de l'oreille.

M. N. W.

**Un cas de pseudo-actinomycose de la région péri-auriculaire et du conduit auditif externe, suivi d'infection du pharynx, du poumon et des méninges, et produit par un nouveau bacille filamenteux**, par V. COZZOLINO (*Bollettino delle mal. dell'orrecchio, gola e naso*, 1899, n° 6).

Dans cette communication faite à l'Académie médico-chirurgi-

cale de Naples, l'auteur donne l'observation d'un castrès intéressant.

Il s'agit d'une femme qui fut atteinte de tuméfaction péri-auriculaire donnant lieu à de violentes douleurs. Du côté du conduit existe une excavation cratériforme donnant issue à du pus épais.

Etant donnés les symptômes et l'état local, on était en droit de penser à un cas d'actinomycose. Le Dr Cozzolino pratiqua l'ablation des tissus malades. Six mois après la guérison paraissait complète. Mais bientôt survint une tuméfaction de la région cervicale accompagnée d'une toux opiniâtre avec difficulté de la déglutition. Il existait, en effet, un volumineux abcès rétro et latéropharyngien qui fut ouvert. L'état général s'aggrava et la malade mourut après avoir présenté des symptômes infectieux du côté du poumon. L'auteur, en examinant le pus de ces divers abcès, a découvert un nouveau bacille auquel il donne le nom de bacille filamenteux, aérobie, sporadique de Cozzolino.

H. DU F.

**Contribution à la chirurgie acoustique et fonctionnelle de l'oreille moyenne. Résultats de quelques stapédectomies**, par G. FARACI (*Archivio italiano di ot. rin. e laring.*, 1898).

Voici les conclusions de cet important travail :

1° La stapédectomie, faite dans de bonnes conditions, est une opération qui donne d'excellents résultats acoustiques et fonctionnels qu'on ne peut obtenir avec les autres méthodes de traitement ;

2° On doit conseiller de faire dans tous les cas la résection de la paroi externe de l'*additus ad antrum* pour que l'amélioration immédiate reste permanente ;

3° Elle est absolument contre-indiquée dans l'otite moyenne hyperplastique primitive avec lésions graves de l'acoustique, surtout si l'appareil de transmission fonctionne passablement. Dans ces cas la décompression du labyrinthe par le fait de la stapédectomie aggrave la surdité et le vertige ;

4° Il est prudent, avant d'opérer, de bien montrer au malade son pouvoir acoustique et de le lui faire écrire.

H. DU F.

**La synéctomie de l'étrier**, par DENCH (*New-York med. Journal*, 9 septembre 1899).

Sous le nom de synéctomie DENCH désigne la section des adhérences tout autour de l'étrier. Celles-ci correspondent ordinairement à la fenêtre ovale ; il est plus rare d'en trouver en bas, plus

rare encore d'en trouver d'importantes en haut ou en avant. Dench a pratiqué cette opération chez vingt-cinq malades atteints de supuration tenace de l'oreille moyenne. Chez vingt-cinq il a obtenu une amélioration très notable de l'audition. Il n'a eu qu'un seul échec. Pour éviter l'hémorragie qui se voit surtout après les applications d'eucaine et gêne beaucoup la vue, Dench emploie avec succès les attouchements avec une solution stérilisée d'extrait surrénal. La douleur est d'ailleurs médiocre et les suites opératoires très simples.

A. F. PLICQUE.

**Nouveau procédé de mobilisation de l'étrier**, par G. FARACI (de Palerme) (*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, 1898, n° 4).

Pour l'auteur la chaîne des osselets est la voie principale à travers laquelle le son, quels que soient ses caractères physiques, arrive au labyrinthe. C'est une grande erreur de baser le diagnostic de lésion de l'acoustique sur la non perception des tons élevés.

La myringotomie et la myringectomie pratiquées sur une oreille dont l'appareil de perception est normal réduit l'acuité auditive pour tous les sons; cette diminution est plus sensible pour les notes basses ne dépassant pas 512 vibrations. Si, au contraire, l'oreille interne est lésée, la perte de l'audition peut s'étendre jusqu'aux sons de 1 800 vibrations.

Par la désarticulation et l'ablation de l'enclume la diminution de la faculté auditive est plus grande et pour une oreille atteinte de lésion du nerf seule la surdité peut devenir complète.

Les résultats de la mobilisation de l'étrier dépendent exclusivement des conditions fonctionnelles de l'appareil de perception du son. Si celui-ci est normal, il y a amélioration de l'audition, s'il est lésé et contribue avec l'ankylose ou la rigidité de l'étrier à produire la surdité, suivant la part plus ou moins grande que chacun de ces facteurs prennent dans le trouble de la fonction acoustique, l'opération peut donner ou une amélioration, ou aucun changement, ou la surdité complète. Etant donné l'importance que les organes de transmission ont dans le phénomène de l'audition, il serait donc désirable de trouver un moyen de mobiliser l'étrier en maintenant l'intégrité de la chaîne des osselets. On serait au moins assuré de ne porter au malade aucun préjudice.

L'auteur a fait construire une série d'instruments analogues à l'aiguille de Dupuytren, au moyen desquels il peut mobiliser l'étrier et briser les adhérences sans détruire la chaîne des osselets.

H. DU F.

**Comment faut-il traiter l'otite moyenne aiguë?** par H. O. RIEK (*Maryland med. journ.*, octobre; in *Laryngoscope*, décembre 1899).

L'auteur envisage les otalgies fréquentes chez les enfants, évoluant sans suppuration, mais récidivant à la moindre provocation. Dans ces cas, en examinant la gorge, on trouvera des hypertrophies amygdaliennes et des végétations adénoïdes.

En cas d'inflammation du tympan, on pratiquera une incision. Les sangsues seront aussi à recommander. Avant d'inciser la membrane, on fera une antiseptie soigneuse. Les lavages à l'eau tiède procureront aussi du soulagement. R. a obtenu des succès par l'emploi d'une solution de chlorhydrate de cocaïne et de sulfate d'atropine dans de l'eau distillée pour les instillations dans le conduit, on peut aussi administrer du calomel à petites doses et on surveillera le nez et la gorge.

**Otite moyenne. Diagnostic et traitement,** par A. GOLDSTEIN (*Interstate med. journ.*, novembre; in *Laryngoscope*, décembre 1899).

L'auteur croit que la rhinite atrophique est la suite de la rhinite hypertrophique et que la sclérose auriculaire est consécutive à l'otite hypertrophique.

G. préconise l'aspiration et l'insufflation pour évacuer le pus de l'oreille moyenne. L'aspiration s'effectuera à l'aide du spéculum de Siegle muni d'une petite seringue; puis on pratiquera la politisation.

L'auteur recommande le traitement sec et s'élève contre la thérapeutique humide.

Comme antiseptique, G. trouve l'acide borique insignifiant et l'iodoforme trop odorant, il recommande le nosophène.

**Quatre cas d'otite moyenne,** par V. PENDRED (*Lancet*, 18 novembre 1899).

L'importance de l'intervention précoce en cas d'infection des cellules mastoïdiennes est universellement reconnue et les observations de l'auteur sont des preuves à l'appui des bienfaits de cette opération. On admet généralement qu'il est injustifié d'attendre pour opérer que les malades présentent des troubles intra-crâ-

niens. Les observations I et IV démontrent que les complications intra-crâniennes peuvent survenir même lorsque le pus s'échappe librement de l'oreille et qu'il n'existe pas d'autre symptôme que la céphalalgie. L'auteur est embarrassé pour expliquer l'hémiplégie gauche observée chez le quatrième malade. Dans le troisième cas, le conduit était oblitéré par une mouche et l'écoulement cessa immédiatement après l'extirpation de ce corps étranger.

Aucun des malades de l'auteur n'offrait l'ensemble des symptômes classiques révélateurs de l'otite moyenne.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Tableau statistique des otites moyennes chroniques opérées à la clinique universitaire du Prof. A. Politzer, par Victor HAMMERSCHLAG** (*Wiener klin. Woch.*, 1899, nos 46, 47 et 48).

La statistique porte sur 60 cas dans lesquels l'oreille moyenne a été mise à nu ; elle comprend des observations succinctes et les résultats de dix autopsies.

M. N. W.

**Quelques observations sur le traitement des inflammations de l'oreille moyenne, par ROHRER** (*Rev. de laryng.*, 8 avril 1899).

L'auteur fait des instillations calmantes dans le conduit ; applique sur l'apophyse une mouche de Milan.

Il badigeonne la muqueuse naso-pharyngée avec la solution de cocaïne à 2 % ; puis fait des injections salées ; et use d'une solution iodo-iodurée à 10 % et d'insufflations antiseptiques.

Avec des précautions, l'auteur n'est pas ennemi de douches d'air données avec douceur ; elles sont même indispensables parfois au début de l'otite aiguë.

D<sup>r</sup> RIPAULT.

**Otite moyenne suppurée chronique, par J. W. MURPHY** (*Cincinnati Lancet clinic*, 4 mai ; in *Laryngoscope*, juin 1899).

Un sixième des malades d'oreilles sont atteints d'otorrhée chronique. L'otite moyenne suppurée menace l'existence du malade. L'auteur a vu à la clinique de Schwartze le crâne d'un enfant de 13 ans chez lequel la suppuration avait provoqué l'érosion de la paroi osseuse du sinus latéral et qui mourut subitement à la suite d'une rupture du sinus. Pas d'autres symptômes que la suppuration de l'oreille moyenne. Lorsque l'inflammation se propage aux nerfs on craindra plutôt une lepto-méningite qu'un abcès cérébral.

Les bacilles naso-pharyngiens peuvent passer à travers la trompe d'Eustache et provoquer une otite moyenne, ce qui arrive la plupart du temps.

Chez les enfants les végétations adénoïdes sont généralement la cause primitive de l'otorrhée et il faut les exciser. On voit ainsi disparaître l'écoulement.

M. a suivi pendant trois à cinq ans 6 cas d'otorrhée définitivement guéris à la suite de la suppression de l'obstruction nasale. L'audition était améliorée.

L'auteur a observé un cas de paralysie faciale et d'ouverture du canal semi-circulaire horizontal causées par une otorrhée remontant à dix ans. L'écoulement avait été indolore jusqu'à ce qu'un matin la mère eut remarqué qu'un côté du visage de l'enfant était paralysé et qu'il chancelait du côté de l'oreille affectée. Par la perforation mastoïdienne, on trouva l'oreille moyenne remplie de tissu granuleux et les os environnants mous et nécrosés. Après l'enlèvement des granulations on vit que le canal de Fallope était érodé et le nerf facial détruit à cet endroit.

Prompt rétablissement, toutefois la paralysie faciale persiste encore. L'affection auriculaire doit être attribuée à l'hypertrophie des amygdales et à des végétations adénoïdes.

**Sur le traitement de l'otorrhée par la ferropyrine, par A. PEWNITZKY**  
(*Journ. de méd. militaire*, n° 41, 1899).

Le Prof. Von Stein, de Moscou, et les D<sup>rs</sup> Popoff et Grocholsky de sa clinique ont obtenu beaucoup de succès dans le traitement des otorrhées chroniques et des polypes de la caisse tympanique par la ferropyrine. A la suite de ces résultats encourageants, l'auteur a expérimenté cette méthode sur quarante-cinq malades de l'hôpital militaire d'Odessa, dont quinze étaient atteints d'otorrhées chroniques et douze de polypes des parois de la caisse. P. a employé des solutions titrées de 1 % à 20 %, une ou deux fois par jour, en outre, les malades étaient tamponnés avec de la gaze stérilisée boriquée. L'auteur n'a vu nul inconvénient en employant même des solutions concentrées de ferropyrine et il a été satisfait de l'action astringente de la ferropyrine qu'il emploie depuis dix-huit mois et la compte parmi les moyens les plus efficaces contre l'otorrhée.

A. PEWNITZKY.



**Contribution à l'indication de la conservation des osselets dans le dégagement des cavités supérieures de l'oreille moyenne, par W. SCHMIED (*Med. Gesells.*, zu Leipzig, 17 octobre ; in *Münch. med. Woch.*, 21 novembre 1899).**

L'indication la plus fréquente de cette opération se rencontre dans les cas de suppuration chronique. Bien que, la plupart du temps, la vie des malades ne soit pas en danger, des complications mortelles peuvent survenir. A l'exception de Bezold et de Jansen tous les auristes ont l'habitude de convertir l'antre mastoïdien, le conduit menant à l'antre, la coupole, l'oreille moyenne et le conduit auditif en une vaste cavité, en ouvrant l'antre, en excisant la paroi postéro-supérieure du conduit auditif et la paroi externe de la coupole et en évitant l'oreille moyenne. La première partie de l'intervention consistant à extraire la paroi externe de l'antre, la paroi postéro-supérieure du conduit et la paroi externe de la coupole est inoffensive à condition qu'on prenne des précautions aseptiques. Mais l'évidement de l'oreille moyenne peut nuire aux malades, d'une part parce que l'ablation des osselets, dans certains cas, altère l'audition, et d'autre part en ce que l'évidement de l'oreille moyenne est dangereux pour l'existence.

L'enlèvement des osselets est nuisible pour l'ouïe lorsque la chaîne était intacte avant l'intervention.

Nous avons la preuve de ce fait en comparant le pouvoir auditif des malades ayant subi l'extraction des osselets avec celui des sujets chez lesquels on a laissé subsister ces derniers ; on constate qu'après la guérison, l'audition est bien mieux conservée lorsqu'on a évité de toucher aux osselets. La physiologie nous apprend aussi que notre ouïe gagne plus d'une octave et demie par l'intermédiaire du tympan et des osselets.

Il ne peut être question de conserver la chaîne des osselets, que lorsqu'elle ne présente pas d'interruption. S'il existe une carie, elle disparaîtra quand le dégagement de l'antre, l'ablation de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif et de la paroi externe de la coupole auront ménagé le libre écoulement du pus. Parfois de petits polypes régressent spontanément ou s'atrophient à la suite de cautérisations. On détruira les osselets, même s'ils sont sains, dans les cas de carie ou de cholestéatome des portions antérieure et inférieure de l'oreille moyenne.

Les dangers de mort sont moindres lors de l'extraction des osselets ou des polypes que par le curettage de l'oreille moyenne. Bien qu'on n'ait encore signalé aucun décès imputable à l'évide-

ment de l'oreille moyenne ou à l'ablation de l'étrier suivie de sup-puration labyrinthique, l'auteur en rapporte un cas.

Attendu que l'excision de la chaîne des osselets, normale avant l'opération, nuit à l'audition, et que l'évidement de l'oreille moyenne est dangereux, l'auteur recommande de conserver les osselets et de borner l'intervention au dégagement de l'antra et à l'ablation de la paroi postéro-supérieure du conduit et de la paroi externe de la coupole.

#### *Discussion.*

BARTH dit que généralement on peut conserver les osselets dans les suppurations aiguës, mais dans les cas d'otites moyennes chroniques, il faut presque toujours les retirer, car il est impossible de voir s'il sont sains ; seule leur extraction peut faire cesser la suppuration, et leur maintien n'a pas grande influence sur le degré de l'audition.

DONALIES ne croit pas non plus que les osselets servent à grand chose.

BARTH demande à Schmied ce qu'il entend par opération radicale prophylactique ; il n'est partisan de l'intervention radicale que lorsque la mastoïde renferme du pus.

SCHMIED appelle opération radicale prophylactique celle qu'il pratique alors que le péril de mort n'est pas direct, mais uniquement probable.

STIMMEL trouve que ce terme est approprié aux opérations radicales effectuées dans le but d'enrayer les otorrhées chroniques.

**De l'importance des affections suppuratives de l'oreille au point de vue de l'assurance sur la vie**, par COOSEMANS (1<sup>er</sup> Congrès int. des Comp. d'assurance, tenu à Bruxelles, le 27 septembre ; in *France méd.*, 20 octobre 1899).

Voici les conclusions de l'auteur :

1<sup>o</sup> Les affections sèches de l'oreille n'ont aucune importance au point de vue de l'assurance sur la vie ;

2<sup>o</sup> Tout proposant atteint actuellement d'une affection suppurative de n'importe quelle partie de l'organe auditif doit être ajourné.

Après un traitement approprié de plusieurs semaines ou même de quelques mois :

3° Si la suppuration cesse, avec restitution *ad integrum* des parties atteintes et principalement avec occlusion des perforations tympaniques, l'admission peut se faire aux conditions ordinaires ;

4° Si la suppuration se tarit, mais laisse derrière elle une large perforation tympanique sèche, le proposant peut être admis avec une prime plus élevée ;

5° Si la suppuration persiste, avec ou sans carie osseuse, le candidat doit être écarté définitivement.

**Tympan d'ouate dans les suppurations**, par D. B. HASELTINE (*The clinic*, mai 1899 ; in *Laryngoscope*, septembre 1899).

H. se loue de l'emploi des tympan d'ouate tant pour améliorer l'audition que pour aider à régénérer la perforation tympanique.

Chez un malade atteint depuis un an d'une perforation envahissant le tiers du tympan on obtint l'occlusion complète en trois semaines avec une audition de 20/40 pour la montre.

Dans un cas où l'affection remontait à trente ans, avec disparition totale de la membrane d'un côté, mais conservation des osselets, l'introduction d'un tampon d'ouate améliora immédiatement l'audition ; mais bien que la membrane se soit complètement reformée, le mieux ne se maintint pas.

**Syndrome otitique auditivo-vertigineux dans les tumeurs de l'encéphale et leur importance diagnostique**, par COZZOLINO (*Riforma med.*, août 1898).

Dans ces deux leçons l'auteur résume la question des troubles de l'audition et des vertiges qui se rencontrent pendant l'évolution des tumeurs de l'encéphale. Il expose d'abord les données générales en rapport avec la symptomatologie et la clinique. Ensuite, il étudie en détails l'anatomie de l'origine de l'acoustique. Nous devons signaler cette partie de ce travail qui résume admirablement l'état de nos connaissances anatomiques à ce sujet.

Des diverses tumeurs cérébrales qui peuvent retentir sur l'acoustique, les plus fréquentes sont celles du cervelet. Dans ce cas on rencontre la triade symptomatique : surdité, vertige et ataxie cérébelleuse. La rupture du sens de l'équilibre et de la coordination et du sens musculaire forme l'ensemble des symptômes spéciaux sur lesquels peut être basée le diagnostic de tumeur du cervelet.

La surdité n'est pas un symptôme intrinsèque de la lésion cérébelleuse.



Elle se rencontre de bonne heure dans le cas de tumeur de la face inférieure de l'hémisphère ou du pédoncule moyen ou inférieur. Elle existe tantôt du côté lésé, tantôt du côté opposé. L'auteur en explique très clairement la raison d'après les données anatomiques et physiologiques des racines de l'acoustique.

Dans les tumeurs des tubercules quadrijumeaux, le syndrome otitique existe dans la moitié des cas, et, dans un quart de ces cas, la surdité est bilatérale.

Dans les cas d'anévrysmes de l'artère basilaire, les bruits précèdent l'hémiplégie due à la rupture de la poche. Il y a aussi paralysie de la 7<sup>e</sup> paire.

En résumé, l'étude des lésions de l'acoustique dans le cas de tumeur de l'encéphale est extrêmement importante, jointe à celle du nerf optique et des autres nerfs qui peuvent être lésés.

H. DU F.

**Importance de l'examen ophtalmoscopique dans les affections purulentes de l'oreille**, par DELSTANCHE, fils (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 14 sept. 1899).

Excellente revue générale des relations entre les affections otiques et oculaires. L'auteur montre l'importance des troubles du fond de l'œil en relation avec certaines complications auriculaires et expose toutes les théories qui ont été émises sur ce point.

Il apporte l'appoint de ses recherches et sa statistique personnelle. Son étude est basée sur 15 cas d'otites purulentes aiguës avec ou sans mastoïdite et sans complications cérébrales. L'examen ophtalmoscopique donna pour ces 15 cas un résultat négatif. Comme il a mis le plus grand soin à choisir ces cas parmi ceux qui lui ont paru le plus graves, il en conclut que si la névrite optique ou la stase papillaire peuvent exister en l'absence de complication endo-crânienne, ce doit être fort rarement.

GEORGES LAURENS.

**Abcès du cou consécutifs aux maladies de l'oreille**, par G. FERRERI (*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, 1898, n° 2 et 3).

L'auteur réclame d'abord la priorité pour les travaux du Prof. de Rossi sur ce sujet.

Il passe ensuite en revue les travaux publiés en France.

Pour de Rossi, la voie veineuse est la voie la plus importante de l'infection.



Il divise ces abcès en trois classes.

1° Abcès superficiels ;

2° Abcès occupant les espaces intra-musculaires ;

3° Abcès profonds ou para-squelettiques.

La veine émissaire mastoïdienne aurait pour de Rossi une grande importance dans la formation des abcès de la région postérieure du cou.

L'auteur donne ensuite la relation de six observations prises à la clinique de de Rossi. Il termine par l'étude du traitement qui varie suivant les cas.

Il est très important, le plus souvent, d'ouvrir les cavités osseuses mastoïdiennes. Ces abcès sont longs à guérir.

H. DU F.

**Blessure de l'oreille avec hémorrhagie du sinus**, par E. v. BERGMANN  
(Extrait des *Chir. Behandl. von Hirnkrankheiten*, Berlin, 1899 ; analysé in *Archiv. f. Ohrenh.*, Bd. 47, h. 4, 1899).

Il s'agit d'une femme ayant reçu de son mari un coup de couteau en avant du tragus, pénétrant dans la profondeur des os à travers la paroi antérieure et postérieure du conduit auditif cartilagineux et osseux avec une telle force que la pointe s'était brisée et était demeurée fichée. L'oreille saignait peu, mais la moitié droite du visage était paralysée. En incisant le tympan, on distinguait le fer sur la paroi postérieure du conduit. B. détacha le pavillon et agrandit le conduit avec la gouge jusqu'à ce qu'il pût retirer le fragment du couteau. Au moment de cette extraction, un flot de sang veineux s'échappa de l'oreille, il est probable que la pointe du couteau était piquée dans le sinus. L'hémorrhagie fut enrayée par le tamponnement et la malade guérit sans fièvre ni céphalalgie.

**Traitement radical de l'otite moyenne suppurée chronique**, par REIK (*Maryland med. journ.*, 6 mai ; *Therap. gaz.*, 15 août 1899)

L'auteur est très partisan de l'intervention chirurgicale lorsque la suppuration est ancienne et qu'un mois de traitement antiseptique n'a donné aucun résultat.

Deux procédés opératoires sont actuellement employés ; d'abord l'excision des osselets qui n'est pas adaptée à tous les cas et guérit seulement la moitié des malades, n'étant pas assez radicale ; puis l'opération de Stacke-Zaufal à laquelle on devra toujours

avoir recours dans les cas d'otite moyenne suppurée chronique invétérée.

**Périostite aiguë de la mastoïde consécutive à un catarrhe sec chronique de l'oreille moyenne**, par N. HASSLAUER (*Monats. f. Ohrenheilk.*, p. 219, n° 6, juin 99).

La périostite primitive ou idiopathique de la mastoïde est rare ; on en compte les cas publiés et encore certains auteurs en nient-ils l'existence en dehors de l'ostéomyélite, ou bien d'une lésion du conduit auditif.

Plus nombreux, mais encore exceptionnels sont les cas de périostite phlegmoneuse survenant au cours d'une otite sèche avec sclérose de la caisse.

H. relate les cas publiés et en ajoute un nouveau ; il n'en recherche guère la pathogénie, mais s'efforce de déterminer le chemin suivi par l'agent pyogène. Dans toutes les observations signalées, la caisse reste indemne. Les microbes pyogènes au lieu de passer de la caisse, où ils ne colonisent pas, dans les cellules mastoïdiennes se frayent une route vers la table externe de l'apophyse. Quelle voie suivent-ils ? C'est difficile à dire dans bien des cas car on peut admettre un grand nombre de voies de passage : incisure de Rivinus, déhiscences de la mastoïde, fissure mastoïdienne squameuse, fissure mastoïdo-tympanique de Gruber, déhiscence au niveau de l'épine du méat de Zuekerkandl. P. T.

**Carie endo-mastoïdienne primitive avec complications endo-craniennes**, par V. ARSLAN (de Padoue) (*Riv. Veneta di sc. med.*, 15 juin 1897).

On sait que la plupart des auteurs reconnaissent comme cause des mastoïdites l'otite moyenne purulente. Cependant, quelques-uns ont avancé que, dans certains cas, la mastoïdite pouvait être primitive. A l'appui de cette dernière opinion l'auteur donne la relation de 3 cas de mastoïdite primitive.

1° Endo-mastoïdite purulente droite primitive péri-sinusale avec abcès sous dural et séquestre volumineux. Trépanation. Guérison ;

2° Carie mastoïdienne droite primitive avec abcès sous-dural. Trépanation. Guérison ;

3° Carie endo-mastoïdienne primitive avec fistule externe à gauche.

Dans ces 3 cas la caisse du tympan est resté saine et n'avait jamais été malade.

H. DU F.

## NÉCROLOGIE

**L. OLLIER**

Un des plus illustres chirurgiens contemporains, le Professeur OLLIER, a succombé, à Lyon, le 25 novembre 1900.

Né aux Vans (Ardèche), le 2 décembre 1830, il commença ses études de médecine à la Faculté de Montpellier ; en 1851, il fut reçu le premier de sa promotion au concours de l'internat de Lyon, et, en 1856, il passa sa thèse à Montpellier.

Dès 1857, il entreprit les travaux sur la chirurgie osseuse et articulaire qui devaient immortaliser son nom.

Nommé chirurgien major de l'Hôtel-Dieu, en 1860, il devint, en 1877, professeur de Clinique chirurgicale.

Au Congrès de Chirurgie de Lyon, en 1894, O. présenta 58 de ses plus anciens réséqués, dont quelques-uns opérés depuis 25 ou 30 ans.

Outre ses travaux spéciaux, nous devons à OLLIER des mémoires sur les méthodes de pansement, l'autoplastie, la restauration du nez, les tumeurs des fosses nasales, les polypes naso-pharyngiens, les tumeurs thyroïdiennes, etc.

OLLIER était si apprécié, non seulement en France, mais à l'étranger, que son portrait figure à Berlin, dans la salle de réunion des chirurgiens, à côté de ceux de BILLROTH, LANGENBECK et LISTER.

(D'après le *Lyon Médical*).

**G. STETTER**

L'*Allgemeine Wiener Med. Zeitung* annonce la mort du Dr G. STETTER, décédé à Königsberg, à l'âge de 52 ans. Le défunt dirigeait une clinique chirurgicale privée et une polyclinique pour les maladies de la gorge, du nez et des oreilles.

**H. D. NOYES**

Nous lisons dans la *Münchener Medicinische Wochenschrift* la nouvelle de la mort du Dr H. D. NOYES, professeur d'ophtalmologie et d'otologie au *Bellevue Hospital medical College*, de New-York.

**R. P. LINCOLN**

Le *Medical Record* annonce la mort du Dr R. P. LINCOLN, de New-York, décédé à l'âge de 59 ans, le 27 novembre 1900, des suites d'une appendicite. Reçu docteur en 1868, à l'Université de Harvard, notre confrère s'était, dès le début de sa carrière, adonné à la laryngologie et était très estimé dans la spécialité. En 1887, L. avait présidé le Congrès annuel de l'Association Laryngologique américaine.

**A. KUHN**

Dans le numéro de novembre 1900 nous avons communiqué la nouvelle de la mort du Prof. KUHN, nous lui consacrerons aujourd'hui quelques notes bibliographiques extraites de la nécrologie publiée par le Dr BRIEGER, de Breslau, dans les *Archiv. für Ohrenheilkunde*.

KUHN naquit le 28 janvier 1838, à Bissersheim, dans le Palatinat. Il fit ses études dans les Universités de Wurzburg et de Giessen, sous la direction des Professeurs WERNHER, ECKHARD et von TROELTSCH. Après avoir été reçu docteur à Wurzburg, il fit un voyage d'études à Vienne et à Prague. Des raisons de famille le décidèrent à se fixer à Strasbourg où, en 1863, il fit à la Faculté française, une thèse de doctorat sur les « tumeurs du larynx ». Il ne quitta jamais Strasbourg, mais sa carrière universitaire ne débuta qu'avec l'occupation allemande. Sitôt la création de l'Université, KUHN se fit recevoir docteur pour l'otologie ; il avait, du reste, fait paraître, en 1870, une traduction française du Traité de v. TROELTSCH.

KUHN eut à combattre les préjugés existant contre l'otologie dans les Universités allemandes et il eut beaucoup de peine à ouvrir une clinique spéciale, qu'il dut, au début, entretenir à ses frais. Ultimeurement, il obtint de placer ses malades dans le service de clinique médicale. En 1882, K. fut nommé Professeur extraordinaire, et, en 1892, on lui concéda l'ancien local de la clinique oculistique pour y établir un service otologique. Cette nouvelle installation ne satisfaisait pas notre confrère qui rêvait toujours d'une clinique mieux organisée, qu'on lui accorda lors de l'agrandissement de l'hôpital. En octobre 1897, on inaugura les nouveaux locaux comprenant 32 lits et les aménagements les plus modernes, malheureusement, dès cette époque, KUHN ressentait les premières atteintes du mal qui, deux ans après, devait le conduire au tombeau.

KUHN s'est beaucoup occupé d'anatomie comparée, de 1877 à 1885, il a publié des travaux sur le labyrinthe des amphibiens, des reptiles, des oiseaux, etc., insérés dans les *Archives d'anatomie microscopiques* ou lus au *Congrès International d'otologie de Bâle* et à la *Réunion des Naturalistes*, à Bade. Ce fut lui qui rédigea le chapitre d'anatomie comparée dans le Manuel de SCHWARTZ. Ses travaux d'anatomie pathologique se rapportent surtout aux tumeurs de l'organe auditif qu'il a étudiées dans le second volume du manuel de SCHWARTZ. On doit aussi à KUHN de nombreux articles publiés dans les *Archiv* et le *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*. Au Congrès International de Berlin, en 1890, K. lut un rapport des plus intéressants sur le cholestéatome.

## NOUVELLES

### *Inauguration du Monument au Professeur Ch. Delstanche.*

La cérémonie inaugurale du buste du Professeur Delstanche, fondateur du Service d'Otologie des hôpitaux de Bruxelles, aura lieu le Dimanche 20 Janvier 1901, à 11 heures dans la salle des consultations d'Otologie de l'hôpital St-Jean.

Messieurs les souscripteurs sont invités à venir à Bruxelles s'associer à cet hommage rendu à la mémoire de l'un des otologistes les plus distingués.

*Pour le Comité :*

Le Secrétaire, Dr DELSAUX.

Le Président, Dr CAPART.



*Prix Fillioux.*

Le concours pour le prix Fillioux (maladies d'oreilles), dont nous avons publié le programme dans le n° de juin 1900, a eu lieu au mois de décembre dernier devant un jury composé de MM. GUÉNIOT, *président*; GOUGUENHEIM, JOFFROT, LERMOYET et SÉBILÉAU.

Conformément au règlement, le Prix Fillioux a été partagé entre M. H. BOURGEOIS, interne à l'hôpital Saint-Antoine et M. L. DEPOUTRE, externe à l'hôpital Saint-Antoine.

*Prix de l'Académie de Médecine.**Prix Alvarenga de Piauhy.*

Un prix de 400 fr. est décerné aux D<sup>rs</sup> C. SIEUR, médecin-major de 1<sup>re</sup> classe, professeur agrégé, et O. JACOB, médecin-major de 1<sup>re</sup> classe, surveillant à l'Ecole du Val de Grâce, à Paris (*Anatomie topographique des fosses nasales et des sinus de la face avec applications médicales, chirurgicales et opératoires*).

*Prix Itard.*

Encouragement de 400 fr. au D<sup>r</sup> A. COURTADE (*Traitement des maladies de l'oreille*).

*Prix Meynot aîné, père et fils, de Donzère (Drôme) (2 600 fr.).*

L'Académie partage le prix en attribuant :

1<sup>o</sup> 1 000 fr. au D<sup>r</sup> A. CASTEX (*Travaux relatifs aux maladies de l'oreille*).

2<sup>o</sup> 1 000 fr. au D<sup>r</sup> E. RIST (*Etudes bactériologiques sur les infections d'origine otique*).

3<sup>o</sup> 600 fr. à notre collaborateur le D<sup>r</sup> E. LOMBARD (*Essai sur les indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde et des cavités de l'oreille moyenne dans les otites moyennes suppurées chroniques*).

*Mentions honorables :*

1<sup>o</sup> D<sup>r</sup> CH. MILLET (*L'apophyse mastoïde chez l'enfant*).

2<sup>o</sup> D<sup>r</sup> G. P. VEILLARD (*Contribution à l'étude des otites du nouveau-né et du nourrisson, et, en particulier, des états spéciaux de l'oreille moyenne que l'on trouve à leur autopsie*).

*Prix Saintour.*

Prix de 600 fr. au D<sup>r</sup> R. BAYEUX (*La diphtérie depuis Arrêtée le Capadocien, jusqu'en 1894*).

La *Gazzetta degli Ospedali* publie la liste du personnel universitaire médical italien avec les allocations attribuées aux Professeurs extraordinaires. Nous y trouvons pour la spécialité :

Gènes. — G. Masini, professeur extraordinaire de laryngologie, rhinologie et otologie (1 250 fr.).

Naples. — F. Massei, professeur extraordinaire de laryngologie (3 000 fr.), et V. Cozzolino, professeur extraordinaire d'oto-rhinologie (3 000 fr.).

Pise. — V. Grazzi, professeur extraordinaire d'oto-rhino-laryngologie (3 000 fr.).

Turin. — G. Gradenigo, professeur extraordinaire d'oto-rhino-laryngologie (1 250 fr.).

L'Italie ne compte qu'un seul Professeur ordinaire d'otologie, le Prof. DE ROSSI, de Rome.

Nous lisons dans le *Scalpel*, que le Conseil des hospices de Bruxelles a procédé à l'élection de plusieurs chefs des services des hôpitaux en remplacement des titulaires décédés ou dont le mandat a pris fin, parmi eux figurent deux spécialistes : Le Dr DELSAUX est nommé chef du service otologique en remplacement de DELSTANGHE. Le Dr CHEVAL devient chef du service de laryngologie, dirigé par le Dr CAPART.

A dater de 1901, le journal la *Oto-rino-laringologia española*, dirigé par le Dr FORNS, se transforme en *Revista de Especialidades Medicas*, consacrée à l'ensemble des spécialistes ; le Dr FORNS conserve la direction technique de la nouvelle publication.

Nous lisons dans l'*Archiv. f. Ohrenheilkunde*, qu'on vient d'ouvrir à Léna, dans l'ancien local de la clinique oculistique, une nouvelle clinique otologique renfermant 45 lits, de vastes salles d'examen, des cabinets de travail, une salle d'opération et un amphithéâtre parfaitement aménagé.

Le Prof. SCHWARTZ fait, dans l'*Archiv. f. Ohrenheilkunde* un article sur le nouveau programme des examens de doctorat dans l'empire allemand, d'après lequel les candidats devront justifier de six mois de stage, au minimum, dans une clinique otologique et présenter un certificat du chef de service ou du directeur de l'hôpital auquel ils ont été attachés.

On lit dans la *Presse Médicale* que le préfet de police de Berlin, attire, par voie d'affiche, l'attention de ses administrés pour les prévenir contre les promesses aussi fallacieuses qu'éblouissantes de l'*Institut national de surdité de Paris*, qui assure la guérison à tous les sourds qui veulent bien suivre sa méthode de traitement. Cette méthode consiste dans l'emploi de deux plaques métalliques dites *Audiophones invisibles*, qui s'appliquent derrière le pavillon de l'oreille, et dans l'usage de drogues comprenant une potion à l'iodure de potassium et une poudre au chlorate de potasse : « Drogues et appareils, dit l'affiche, sont d'un prix très élevé, et n'ont, du moins dans l'espèce, aucune valeur thérapeutique. »

La *Gazette des hôpitaux* annonce la nomination de M. LABARRIÈRE comme chef de clinique, chargé à l'Hôtel-Dieu d'Amiens d'une consultation oto-laryngologique.

Le Dr COYNE, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux, médecin de l'Institution nationale des Sourdes-Muettes, a été nommé chevalier de la Légion d'Honneur.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉRÉ. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Méthode des exercices acoustiques (Ecoles de sourds-muets), par A. JOUSSET. Brochure de 180 pages. (L. Quarré, éditeur, Lille).

Transactions of the Congress of american Physicians and Surgeons (Comptes rendus du Congrès des médecins et chirurgiens américains, 3<sup>e</sup> session triennale tenue à Washington les 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> mai 1900 (New-Haven, Conn 1900).

Urticaria gigantea, par BACHMANN (Tiré à part de l'*Allg. med. central zeitung*, n° 15, 1898).

Chronischer Mittelohreiterung mit Labyrinthkrankung (Otite moyenne suppurée chronique avec affection labyrinthique), par DEUTSCHLAENDER (Tiré à part de l'*Allg. med. central zeitung*, n° 15, 1898).

I. Elephantiasis laryngis. — II. Radicaloperation wegen anders nicht heilbarer Mittelohreiterung (Opération radicale pour otite moyenne suppurée rebelle), par KUMMEL (Tirés à part de l'*Allg. med. central zeitung*, n°s 27, 1898 et 73, 1899).

Erfahrungen über 57 Eröffnungen des Warzenfortsatzes bei Mittelohreiterungen (Notes sur 57 ouvertures de la mastoïde en cas d'otites moyennes suppurées), par G. GLAESER (*Dissert. Inaugurale*, Breslau, 1900).

La rhinorrhée cérébro-spinale, par M. MIGNON (Extrait de la *Presse méd.*, 25 avril 1900).

I. L'asthme des foins. — II. Un cas d'application des rayons X à l'exploration des fosses nasales et des sinus. — III. La nirvanine. Son emploi en rhinologie, otologie et laryngologie, par M. MIGNON (Extraits des *Arch. intern. de lar. otol. et rhin.*, mars-avril, juillet août 1899 et mars-avril 1900).

Ueber acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung (Sur le traitement de l'otite moyenne suppurée aiguë), par O. PIRNÉ (Tiré à part de la *Prager med. Wochens.*, n°s 21-24, 1900).

Gli effetti dei bagni in generale sull'organo acustico (Les effets des bains en général sur l'organe de l'ouïe), par V. GRAZZI (Communication au 5<sup>e</sup> Congrès de la Soc. italienne de lar. otol. et rhin., Naples, avril 1900).

I. A proposito dei pericoli che corrono i laringologi (A propos des périls que courent les laryngologistes. — II. La peronina come nuovo anestetico locale e specialmente nella cura delle lo calizzazioni tubercolari della laringi (La péronine, comme nouvel anesthésique local, spécialement dans le traitement de la tuberculeuse laryngée), par V. GRAZZI (Extraits du *Boll. delle mal. dell orecchio*, ecc. 1900).

Sulla laryngite tuberculare (Sur la laryngite tuberculeuse), par V. GRAZZI (Extrait de la *Clinica Moderna*, n° 37, 1900).

Sulla olfattometria (Sur l'olfactométrie), par A. PINI (Extrait de la *Gazz. degli Ospedali*, 1900).

Fistule odontopathiques, par P. E. GIBBS (Communication au XIII<sup>e</sup> Congrès intern. de méd., Paris, 1900).

L'instruction dentaire à l'étranger. Rapport adressé au Ministre de l'Instruction Publique, par P. E. GIBBS (Broch. de 90 pages, précédée d'une préface du Professeur Brouardel, G. Steinheil, éditeur, Paris. 1900).

Die Mechanik des Horens und ihre Störungen (Le mécanisme de l'audition et ses troubles), par G. ZIMMERMANN (Broch. de 110 p. avec 4 figures dans le texte, prix 2 mk. 70. J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1900).

Atlas der Nasenkrankheiten (Atlas des maladies du nez comprenant 356 figures et 475 images détachées sur 38 planches, reproduites d'après nature et expliquées), par R. KRIEG (1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> livraisons avec texte allemand et anglais, prix 6 mark chaque. F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1900).

Statistique pour l'année scolaire 1899-1900 de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Turin, dirigée par le Prof. Gradenigo, par G. GAVELLO (Extrait de l'*Arch. ital. di otol. rin. e lar.* Vol. X, fasc. 4, 1900).

Zur Pathologie der chronischen Mittelohrentzündung und des Cholesteatoms des äusseren Gehörgangs (Contribution à la pathologie de l'otite moyenne chronique et du cholestéatome du conduit auditif externe), par J. HABERMANN (Tiré à part de l'*Archiv. f. Ohrenh.*, 1900).

Zur Behandlung der Pachydermia laryngis mit Salicylsäure (Sur le traitement de la pachydermie laryngée par l'acide salicylique), par W. LUBLINSKI (Tiré à part de la *Münchener med. Woch.*, n° 47, 1900).

Diffuses chronisches Hautödem mit Betheiligung des Kehlkopfes (Œdème cutané diffus chronique avec participation du larynx), par W. LUBLINSKI (Tiré à part de la *Berliner klin. Woch.*, n° 49, 1900).

Le pharynx. Anatomie et physiologie, par C. CHAUVEAU (Un vol. de 400 p. avec 165 figures intercalées dans le texte et une préface du Dr Polaillon, J. B. Baillière et fils, éditeurs. Paris, 1901).

Untersuchungen über das Hörvermögen der Taubstummen (Recherches sur le pouvoir auditif des sourds-muets), par E. LUDWIG (*Dissert. Inaug.*, Marbourg, 1900).

De la thrombo-phlébite du sinus latéral, consécutive à l'otite moyenne purulente, par P. CORNET (Broch. de 140 p. Impr. Waltener et Cie, Lyon, 1900).

Le Gérant : MASSON et C<sup>ie</sup>.

